ROK II № 3—4

MARZEC — KWIECIEŃ — 1927

„ECHO DENTYSTYCZNE"

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY
WSZYSTKIM DZIAŁOM
DENTYSTYKI

*

Redaktor: Lekarz-Dentysta S. Sokalski. Łódź, Andrzeja № 4. Telefon № 54-12
Admin. i Wydawca: Ch. Ogólnik. Łódź, Piotrkowska № 23. Telefon № 23-73

*

TREŚĆ:

Zakłady Graficzne
FILIPA GRAPOWA w ŁODZI
Gdańska 87

50

SŁÓW KILKA O ZNIECZULENIU, ZNOSZĄCEM PRZEWODNICTWO NERWU ŻUCHWOWEGO Z UWZGLĘDNIENIEM METODY KAPPER'A.

S. SOKALSKI ŁÓDŹ.
Lekarz-Dentysta

Za 3-im trzonowcem dolnym, w dołku kostnym (fovea retromolaris) mieści się trigonum retromalare — fałda śluzówki w kształcie trójkąta. Poza fałdą tą, na wysokości brzegu wyrostka zębodołowego, oddalony o $1^1/_2$ cm od linji skośnej zewnętrznej, mieści się otwór żuchwowy. Wejście do otworu w większej lub mniejszej części zamyka blaszka kostna — lingula mandibularis (języczek żuchwowy), której brzegi są mniej lub więcej zgrubiałe. Żuchwa zwrócona zwężającym się łukiem naprzód, poczynając już od linji dwuguzkowców w kierunku zębów mądrości, ukazuje wydatne rozszerzenie łuku, które wciąż się powiększa, zbliżając się do kąta żuchwy (angulus mandib.). Powierzchnia wewnętrzna ramienia wstępującego wskutek tego nie jest równoległą do powierzchni językowej żuchwy. Jest to okoliczność bardzo ważna przy znieczuleniu nerwu żuchwowego, gdyż nie wolno wprowadzać igły równolegle do rzędu zębnego, lecz do ściany wewnętrznej ramienia wstępującego t zn. pod kątem ostrym do linji zębowej.

Aby wykonać znieczulenie prawidłowo, nie należy przekraczać brzegu tylnego ramienia wstępującego, gdyż możemy spowodować krwotok żylny lub tętniczy albo przejściowe porażenie nerwu twarzowego; dotkniętym może być również gruczoł przyusznicowy (glandula parotis). Igła natomiast powinna się znajdować tuż przy kości, pomiędzy wewnętrzną ścianą ramienia wstępującego a zewnętrzną powierzchnią mięśnia skrzydłowego wewnętrznego.

Technika znieczulenia, znoszącego przewodnictwo nerwu żuchwowego podług Guido Fischer'a jest następująca. Palcem wskazującym lewej ręki wymacuje się przy szeroko otwartych ustach przedni brzeg podstawy ramienia wstępującego i dwie linje kostne, występujące za trzonowcami — zewnętrzną przednią (linea obliqua externa), i tylną wewnętrzną (linea obliqua interna), oddaloną od pierwszej o $^1/_2$ cm. Palec trafia w dołek kostny, położony między temi linjami u podstawy ramienia wstępującego Nad dołkiem tym wznosi się trigonum retromolare Ostrzem igły dotykamy linji skośnej wewnętrznej i wkłuwamy w dołek, posuwając się blisko brzegu kości; strzykawka leży za kłem lub na dwuguzkowcach strony przeciwległej, skierowana ku ścianie wewnętrznej podlegającej znieczuleniu połowy żuchwy. Igła nie powinna wchodzić więcej niż o 1,5 — 2 cm. pod śluzówkę; wkłuwa się wyżej o 1 cm. nad powierzchnią żującą trzonowców, cokolwiek wbok od brzegu kostnego.

Przedni brzeg lineae obliquae internae oddalony jest o 15 mm od tylnego brzega języczka żuchwowego, lecz igła wychodzi z nasadki o 25 mm, tak, że długość jest wystarczającą, aby przejść śluzówkę i sięgnąć dalej wtył o 5—8 mm Z tego powodu nie należy wprowadzać pod śluzówkę całej igły 42 mm. Znieczulenie u dorosłych następuje po 20—25 min.

Tyle o technice Fischera, która została przyjęta przez świat lekarsko-dentystyczny, aczkolwiek oddawna już słyszy się zdania, (Blum), że częste złamania igły, które w znacznej mierze odstraszają praktyków od stosowania znieczulenia przewodowego, następują właśnie wskutek wadliwej metody Fischer'a.

Cieszyński, który pierwszy wprowadził ten system znieczulenia w Bawarji i propagował ideę tę na zjazdach w Niemczech i Polsce, poleca, aby uniknąć złamania, igły Prawatza 0,9 mm grubości i 4,5 cm długości. Za pomocą igieł tych osiągnięto tak dobre rezultaty, że na kilkanaście tysięcy injekcji jego i uczniów (1906–16) zdarzyło się tylko 3 złamania wśród przebiegu igły, natomiast złamania u osady były częste. Podczas wojny dostać tych igieł nie można było, posługiwano się więc w Instytucie Dentystycznym przy Uniw Jana Kazimierza igłami Freiensterna № 17; o tych właśnie Williger mówi, że winne są tym 4 przypadkom złamania, o których wogóle wspomina. Schafran jednak twierdzi, że igły te są nawet poniekąd lepsze niż długie. Szafran obserwował we wspomnianym Instytucie w ciągu 3 lat 18 przypadków złamania igły. W 16 przypadkach odłamki nie przewyższały $^2/_3$ długości i pozostawione były w tkankach, natomiast w 2 prz. odłamki trzeba było usunąć, gdyż złamanie nastąpiło u samej nasadki.

Jeśli ułamiemy igłę w miejscu, nie przekraczającem $^2/_3$ długości, powinna ona, przy prawidł. przeprowadzonym zabiegu, znajdować się w tkance łącznej między skrzydłowym wewnętrznym a ścianą wewnętrzną ramienia wstępującego; tkanka ta nie bierze udziału w ruchach żuchwy. Igła może tam pozostać bez przykrych następstw, jeśli była dokładnie wyjałowioną, i jako ciało obce może być otorbiona przez tkankę łączną.

Jeśli igła zostaje złamaną u nasady. może tkwić w przednim brzegu mięśnia wewnętrznego lub głowy dodatkowej mięśnia skroniowego, lub mięśniu policzkowym lub sięgać poza tylny brzeg ramienia wstępującego. Wtedy bierze udział w pracy mięśni i drażni albo sam mięsień lub tkanki i nerwy. Skutki są tak przykre, że ułamek trzeba usunąć. Cieszyński zaleca wyjęcie igły, jeśli ułamany koniec wyczuwamy opuszką palca.

Jeśli wypadki złamania igieł są dość częste w klinikach, gdzie warunki pracy są pod każdym względem lepsze, ilość tych wypadków w praktyce prywatnej powinna być znacznie większą i nic dziwnego że odstrasza od stosowania tego sposobu znieczulenia, tem bardziej, że, jak było już wyżej zaznaczono, odłamek pozostać może tylko wtedy, gdy znieczulenie przeprowadzono prawidłowo, i takowy tkwi w tkance łącznej, nie biorąc udziału w ruchach żuchwy. Jeśli stało się inaczej — następuje operacja (wyjęcie odłamku) — zabieg nie bardzo łatwy dla większej części praktyków.

Z tych powodów wciąż myśli się albo o zmianie techniki znieczulenia przewodowego nerwu żuchwowego lub o uproszczeniu tejże, aby posiadała zaletę pewności, zmniejszając ilość niepowodzeń do minimum, lub wogóle o zastąpieniu sposobu tego innym. Tak naprzykład:

Roy wstrzykuje przez śluzówkę policzka, i za pomocą całego rzędu małych zastrzyków osięga znieczulenie całego wyrostka zębodołowego.

Cournan zaleca wśródkostne znieczulenie. Przekłuwa troikarem śluzówkę i część zbitą kości (substancia compacta) i deponuje tam zawartość strzykawki

Rose celem znieczulenia obwodu trzonowców dużych, proponuje wstrzykiwanie przez brodawki międzyzębowe w część gąbczastą kości na poziomie brzegu wyrostka zębodołowego.

Willi Wolf wkłuwa igłę w trigonum retromolare o 1 cm nad powierzchnią żującą ostatniego trzonowca wzdłuż ramienia wstępującego, zbliżając się do otworu żuchwowego, przykrytego języczkiem; na miejsce to trafia igła po wprowadzeniu pod śluzówkę na 2 cm długości. Strzykawka leży na siekaczach. Jeśli umieścić strzykawkę na kłach lub dwu-

guzkowcach, nastąpi zetknięcie się igły ze ścianką kostną i ewentualne złamanie. Autor zaleca masaż wibracyjny trigonum i dodatkowy zastrzyk w fałdę śluzówki obok chorego zęba.

Marchner namacuje trigonum retromolare, wyciera nalewką jodową, wkłuwa cokolwiek wyżej trigonum w stronę językową, dopóki ostrze igły nie natrafi na językowy brzeg kostnego trójkąta. Wtedy ostrożnie cofa cokolwiek igłę, kieruje w stronę przeciwległą i przenosi wzdłuż kości, dopóki nie wprowadzi $^2/_3$ igły. Droga ta prowadzi między ramieniem wstępującem i powierzchnią dośrodkową fascji skrzydłowego wewnętrznego aż do dołka (fossa), który leży wyżej języczka i sięga do wcięcia żuchwy. Igły 3,5 cm. Strzykawka — Record.

Aby uniknąć złamania igły, Boris Lewitt proponuje swój sposób i oznaczenie miejsca wkłucia igły. Autor opuszką palca wskazującego namacuje linję skośną zewnętrzną (linea obliqua externa), przy czem opuszka palca pozostaje na linji, koniuszek zaś we wgłębieniu, bliżej ku stronie językowej. Przy szeroko otwartych ustach występuje wyraźnie wiązadło skrzydłowo-żuchwowe; igłę wkłuwa bezpośrednio obok wiązadła we wgłębienie o 1 cm powyżej trzonowców w ten sposób, że strzykawkę wprowadza ponad dwuguzkowce przeciwległej strony, posuwa w kierunku prostym i nie dochodząc o 1 cal do kości, deponuje $1^1/_2$ cm, cofa w tył i deponuje resztę celem znieczulenia nerwu językowego. W ten sposób stykanie się igły z kością wogóle nie może mieć miejsca.

Przekłucia mięśnia lub deponowania płynu w takowy nie obserwowano.

Podług Kapper'a (№ 1-2 „Echa Dentystycznego" r. b.) igła łamie się przeważnie wtedy, gdy takową ustawia się skośnie w przeciwległym kącie ust, przy czem śluzówka, przy bocznem przesunięciu strzykawki ku miejscu wkłucia, upodabia się sile działającej w przeciwnym kierunku i może spowodować złamanie igły.

Technika Kapper'a. Wprowadza palec wskazujący w usta, aby namacać lekko zaostrzoną występującą część lingulae. Drugą ręką wprowadza na to miejsce zgłębnik, który trzyma mocno i w ten sposób zwalnia pierwszą rękę. Małą kulkę waty zanurza za pomocą szczypczyków w nalewce jodowej i oznacza miejsce, w którem tkwi zgłębnik. Z przeciwległego kąta ust (strzykawka leży na trzonowcu 1 lub 2) kieruje po linji prostej igłę i deponuje w miejscu oznaczonem nal. jod. całą zawartość strzykawki, nie mając potrzeby posuwania strzykawki w kierunku bocznym. Ostrze igły jest osadzone pod śluzówką najwyżej o 2 mm, natomiast przy zwykłych metodach — na przestrzeni 1,5 do 2 cm. Wystarczająca dawka — 0,75 cm.

Kapper wyobraża sobie strzykawkę wraz z igłą jako linję prostą. Położenie prostej w przestrzeni geometrycznie określa się za pomocą dwuch punktów (kropek). W jaki sposób należy szukać i można odnaleźć te 2 punkty przy ustawianiu strzykawki?

I-szy punkt: jest to pierwszy lub drugi wieloguzkowiec; tu się umieszcza strzykawkę i szuka się punktu drugiego, który ustala kierunek wkłucia igły. Przy zupełnie otwartych ustach występuje wyraźnie szeroki mięsień policzkowy (buccinatorius), dokładniej — wypukłość mięśniowa. Widzimy tylny brzeg mięśnia t. zn. jego pionowe zakończenie, zwrócone wtył. Ta linja — jest to prostopadła, którą opuszczamy na drugą prostą, a za takową uważamy górną poziomą krawędź mięśnia, leżącego poza ostatnim trzonowcem (skrzydłowo-żuchwowy). Te dwie linje krzyżują się w punkcie, który uwydatnia się i jest łatwo dostępny. Aby nie przekłuć

mięśnia poziomego, należy powierzchowną część tegoż podczas wkłuwania zesunąć lub zepchnąć wdół.

To jest drugi punkt utrwalający.

Autor twierdzi, że jeśli się zastosujemy do powyższych wskazówek, igła musi ulokować się w kierunku należnym.

Knittel nie zgadza się z Kapperem i twierdzi, że ten ostatni wychodzi z fałszywego założenia. Przyczyną złamania igły przeważnie nie jest zgięcie igły Chwianie się strzykawki może również spowodować frakturę, lecz nie w tych rozmiarach Ponieważ frakturę igły powoduje często nagłe szarpnięcie pacjenta, nowa metoda nie uchroni od złamania. Przeważnie łamią się cienkie i krótkie igły. Aby zapobiec temu, należy używać igieł wyłącznie grubości 0,9 i długości 4,5 cm (Williger). Złamanie tej igły wśród trzonu jest wykluczone; natomiast, jeśli igła złamie się przy osadzie, da się łatwo usunąć, gdyż wystaje od miejsca wkłucia o 2 cm. Wkłucie w kierunku, powziętym od dwuguzkowców przeciwległych, udaje się bez wymacowywania języczka żuchwowego, li tylko przez ustalenie trigonum retromolare. Wstrzykiwanie w nerw żuchwowy jest przeciwpokazanem, gdyż nastąpić może obraza nerwu z następczym neuritis.

Autor przestrzega przed zbyt skrupulatnem odszukiwaniem miejsca wstępowania w żuchwę nerwu żuchwowego. Możność stosowania mniejszej dawki nie odgrywa roli, gdyż u osobników konstytucjonalnie osłabionych anemja mózgowa następuje tak samo przy 1 cm, jak i przy 3 lub 4 cm; przydaje się w tym wypadku Sedobrol lub inny odpowiedni środek.

Albrecht Simons (Zurich) podaje metodę zbliżoną do metody Kapper'a. Technika Fischer'a, która polega na umieszczeniu strzykawki na kle strony przeciwległej, często w kierunku rzędu zębnego, wkłuciu i infiltracji obwodu unerwienia, kierowaniu igły naprzód, stale dotykając kości, nie zadawalnia autora ze względu na bóle, które cierpieć musi pacjent wskutek dotyku ozębnej, i na częste łamanie się długich igieł. Autor proponuje niezawodny podług niego sposób, który buduje na fakcie istnienia dwuch fałd śluzówki w obrębie miejsca wkłucia przy znieczuleniu, znoszącem przewodnictwo nerwu żuchwowego. Pierwsza fałda — trzonowcowa (plica pterygomandibularis — fałda skrzydłowo-żuchwowa), druga — tworząca się ze śluzówki obwodu guzu szczękowego. Obydwie fałdy w miejscu krzyżowania się tworzą przy otwartych ustach małe wklęśnięcie lub dołek, który dla każdego jest widoczny, aczkolwiek nie u wszystkich wyraźnie zaznaczony. Przy pewnej jednak wprawie może być z łatwością określony.

Przeważnie dołek ten leży cokolwiek poza języczkiem lub nad nim i tylko u osobników starszych zachodzą pod tym względem większe lub mniejsze zmiany. W dołek ten autor wkłuwa igłę z nierdzawiejącej stali $^{17}/_{42}$ mm, która wystaje na 2,5 cm z nasadki. Śluzówkę wokoło wspomnianego dołka jodynuje się, strzykawkę wprowadza się od przeciwległego kąta ust tak daleko, aż część cylindrowa strzykawki ustali się cokolwiek nad płaszczyzną 1 lub 2 trzonowca, wkłuwa się igłę obok dołka pod kątem w 60 st., utworzonym przez śluzówkę i igłę. Wkłuta o 1 cm dotyka już kości. Wstrzykiwanie przeprowadzić należy powoli, bez ucisku. Znieczulenie następuje po 5 min. Metoda ta zmniejsza długość wkłutej igły o $^{1}/_{3}$ lub $^{1}/_{2}$ a tem samem zmniejsza niebezpieczeństwo złamania.

Podług zdania Sicher'a języczek żuchwy nigdy nie jest namacalny, gdyż wraz z większą częścią ściany wewnętrznej ramienia wstępującego pokrywa się grubym mięśniem skrzydłowym wewnętrznym. Gdzie wstrzy-

kuje Kapper — nie wiadomo, prawdopodobnie przyjmuje on wymac. crista temporalis za języczek.

Co się tyczy twierdzenia Simons'a co do 2 fałd śluzowych, które tworzą dołek, a poznać go niby bardzo łatwo, to z podanego szkicu bardzo trudno coś zrozumieć. Właściwie jest tylko jedna fałda skrzydłowo-żuchwowa w obrębie ramienia wstępującego. Na jej brzegu dolnym znajduje się często lekkie wklęśnięcie śluzówki, które nie jest jednak w żadnym stosunku do stałej lokalizacji języczka żuchwowego.

Obydwie modyfikacje, zdaniem autora, są stworzone po to, aby zagmatwać zasadniczo jasną sprawę znieczulenia żuchwowego przewodowego.

Kapper uważa, że sposób orjentacji na poszczególne punkty zależy od wypadku czyli od pewnych zmian wstępującego ramienia lub grubszego mięśnia skrzydłowego wewnętrznego. Stan zapalny nerwu może mieć miejsce, należy jednak do tych samych komplikacji, do których zaliczamy szczękościsk, napad histeryczny, długo trwające znieczulenie, sen narkotyczny.

Z przytoczonego wyżej materjału widzimy, że metoda Kapper'a jest jednak uproszczeniem przyjętego systemu, aczkolwizk dość wątpliwej wartości w zastosowaniu praktycznem. Omawiane w tej pracy znieczulenie przynosi nam korzyści nieocenione, pomijając już zabiegi odcięcia wierzchołka, dłutowania, wyłuszczenia torbieli (a zwykłe wyjęcie trzeciego trzonowca!) szczególnie przy sprawach zapalnych szpiku kostnego, gdy, nie posiłkując się silnym uciskiem i unikając wkłucia w okostną, nie ryzykujemy wprowadzenia drobnoustrojów ropotwórczych w tkanki głębiej położone.. Otóż, aby udostępnić wszystkim praktykom stosowanie znieczulenia przewodowego żuchwowego, które stanie się nabytkiem ogółu, jeśli, będzie łatwe i proste, nie należy zaniechać każdej próby, gdy przypuszczalnie prowadzić do tego celu może. Wypróbójmy więc i tę metodę, jeśli inne nie są bez zarzutu!

PIŚMIENNICTWO.

Dr. Włodzimierz Szafran: „Złamanie igły podczas wykonywania znieczulenia, znoszącego przewodnictwo nerwu żuchwowego" (Polska Dentystyka № 6,7,8, 1923).

Dr. Kurt Kapper: „Eine Anregung zu einer modifizierten Mandibularis-Anästhesie" (Z. R. № 31 1926).

Dr. Kurt Kapper: „Die Modifikation als System". (Z. R. 47. 1926)

Dr. Harry Sicher: „Die Modifikationen der Mandibularisanästhesie". (Z. R. № 43 1926).

Dr. Albrecht Simons: „Ein Betrag zu Kappers Anregung zu einer modifizierten Mandibularis-Anästhesie". (Z. R № 40. 1926).

Dr. Knittel: „Die Anregung zu einer modifizierten Mandibularis-Anästhesie" (Z. R. 36. 1926)

J. Frydman: „Najważniejsze zasady techniki znieczulenia miejscowego podług prof. Guido Fischera " (Prakt. Zubowr № 17-18. 1914).

Dr. Kurt Kapper: „Zu meiner Anregung der modifizierten Mandibularis-Anästhesie". (Z. R. 41. 1926)

Dr. Willi Wolf: „Wzmocnienie miejscowego i przewodowego znieczulenia zapomocą masażu wibracyjnego". (Corr f. Zachn. Odont. Oboz. 3—4. 1915).

Marchmer: „W sprawie znieczulenia przewodowego". (D. Z. W ; tł. Odont.. Oboz 2. 1914).

J. G. O Neille „Orale Anästhesie" (The Dental Summary. 5 1924 ref. Z. R 1. 1925).

Boris Lewitt: „Odchylenie od zwykłej techniki znieczulenia przewodowego żuchwowego". (Dental Cosmos 11 1924. ref Z. R 42 1925).

Dr Rose: "Ueber endostale Anästhesierung untere Molaren" (Z. R. 22. 1924).

M. Cournan: „Beitrag zur Operationstechnik der intraossealen Anästhesie und des Instrumentariums" (Revista Dental. 8. 1923. ref. Z. R. 37. 1924).

PSYCHOLOGJA PACJENTÓW.

TADEUSZ BABAD
Lekarz-Dentysta

ŁÓDŹ

„Correspondenz-Blatt f. Z." zamieszcza w jednym z ostatnich numerów pracę Dr. Loevenberga, wygłoszoną w formie odczytu w jednem z towarzystw lekarsko-dentystycznych, traktującą o psychologji naszych pacjentów.

Dr Loevenberg ujmuje groteskowo i ldowcipnie stosunek chorego do lekarza-dentysty i na zasadzie swego wieloetniego doświadczenia kreśli te wspólne cechy które tak dosadnie charakteryzują typ naszego pacjenta, jego psychologję, przyzwyczajenia, „zalety", a głównie — wady, z któremi każdy z nas praktyków codziennie w godzinach przyjęć się styka.

Temat poruszony przez Dr. Loevenberga w znacznej mierze obchodzi nas wszystkich, jest nam bliski i powinien być traktowany poważnie. Niestety, przez autora ujęty został, jak zaznaczyłem, groteskowo, humorystycznie, aczkolwiek nie bez pewnej dozy słusznej a gorzkiej ironji.

Mimowoli nasuwa się cały szereg myśli dość smutnych, a prawdziwych, myśli, które wnoszą żal i rozczarowanie do bilansu pracy, połączonej z wykonywaniem zawodu naszego.

Lekarz i pacjent! Ich stosunek wzajemny w życiu „gabinetowem" w żadnej gałęzi medycyny nie domaga się tak radykalnej poprawy, jak w dziedzinie zębolecznictwa. A główną przyczyną tego anormalnego objawu jest właśnie ta „psychologja" naszych pacjentów, która i z naszej właśnie też winy poszła nie temi torami, któremi iść powinna była.

Nie będę analizował błędów, popełnianych przez nas lekarzy-dentystów przy tak zwanem „wychowaniu" pacjentów. Błędy te prawie każdy z nas wyczuwa, natomiast nie wszyscy rozumieją, że tylko podniesienie poziomu etycznego i poczucia własnej godności wśród szerszego ogółu członków naszej korporacji — naprawić to może, co się przez długi szereg lat systematycznie psuło.

A psuło się pacjenta wszelkiemi środkami i półśrodkami, nie zastanawiając się nad tem, że nasz pacjent jest cząstką społeczną, a pacjenci — społeczeństwem.

Jest to jedna z wielu przyczyn naszego stanowiska społecznego, które wiele pozostawia do życzenia.

Ta okoliczność, że jednakowe przyczyny i cele sprowadzają pacjenta na fotel dentystyczny, jednakowy stan psychiczny i sposób zachowania się towarzyszą mu, zezwala na zaliczenie pacjentów pod względem psychologicznym do jednej wielkiej rodziny, której członkowie zdradzają przeważnie podobieństwo rodzinne.

Stosunek psychologiczny tej arcy-wielkiej rodziny do lekarza-dentysty, przy całej rozciągłości jego przejawów, posiada dużo wspólnych cech. które w pracy naszej codziennej obserwujemy tak często, że można takowe bez przesady śmiało zeschematyzować.

Kto z nas nie zna typu pacjenta który zachowuje się w naszym pokoju ordynacyjnym, jak na swoim podwórzu, który uważa, że uszczęśliwi lekarza-dentystę, lecząc się u niego Tego rodzaju pacjent przeważnie nigdy nie płaci, o ile zaś zdobędzie się na minimalną wpłatę, uważa, że kupił nas w całości. Narzucając nam swą przyjaźń, zjawia się przeważnie po ukończeniu pracy, przeszkadzając w obiedzie, kolacji i odpoczynku. Tacy pacjenci nigdy czasu innego nie mają, bo właśnie teraz „przechodzili obok", albo „dopiero zwolnili się od krawca, szewca lub fryzjera". Często sły-

szymy ich usprawiedliwienie w rodzaju: „u pana tak długo trzeba czekać, więc jestem teraz”. A spróbój im wyznaczyć godzinę — nigdy się do takowej nie zastosują.

Inna znowuż kategorja pacjentów przychodzi wtedy, kiedy „boli” i stale solennie obiecuje od dziś rozpocząć systematyczne leczenie, a gdy zęby są doprowadzone do względnego porządku, znikają z ostatnim opatrunkiem na tak długo, dopóki zapalenie okostnej nie sprowadzi ich znowu na nasz fotel aby powtórzyć z reguły tę samą komedję leczenia. Jest to najgorszy element, który stale plącze się po naszych poczekalniach, zjawia się zawsze nie wporę i przeszkadza nam w pracy produkcyjnej Jest to największa plaga, której wyzbyć się nie możemy, a która nieraz zniechęca nas do naszej pracy, do naszego zawodu.

Tę kategorję pacjentów zaliczamy do tak zwanych zgruba „darmochów”, bo ani satysfakcji moralnej ani materjalnej za swą pracę nie otrzymujemy.

Psychologja pacjenta powoduje rozumowanie, że płaci on za „plombę”, a że do tej błogosławionej „plomby” prawie nigdy nie docieramy, więc pracuje się przy nich stale bezpłatnie.

Ciekawem jest, że największe pretensje wnoszą właśnie ci z pod znaku „darmochy” Są oni oczywiście najwięcej wymagalni, bezwzględni i nudni.

Trzeci typ pacjentów nie mniej przyjemny niż poprzedni: lubi szarmancko witać nas w poczekalni i głosem tryumfującym komunikować wobec wszystkich, że „plomba, która wczoraj została położona, dziś przy herbacie wypadła”. Bliższe badanie wykazuje, że dotyczy to innego zęba z dawnem wypełnieniem. Pacjent jest niemile rozczarowany i jakby żałuje, że tak się stało a nie inaczej. Są pacjenci, którzy zjawiają się z mocnemi bólami i jeszcze większemi pretensjami, żeśmy tych bólów nie przewidywali przy ostatniem badaniu. Aczkolwiek badanie notowane jest u nas przed kilkoma miesiącami a czasami i przed rokiem, i w międzyczasie jeden z wypełnionych zębów zdążył się ułamać, a ozębna wierzchołka korzenia znajduje się obecnie w stanie zapalnym, winę za „niedojrzenie” ponosi lekarz-dentysta.

Psychologja pacjentów nakazuje im wnosić pretensje do nas za wszelkie przykre konsekwencje własnego lekceważenia i zaniedbywania. Rzadko pacjent przyjmuje winę na siebie,

Znamy też pacjentów, którzy zmieniają dentystów jak rękawiczki. Taki pacjent uważa za swój obowiązek wyliczyć wszystkie wady poprzedników i kończy komplementem pod naszym adresem, że nareszcie „wpadł w dobre ręce“. Możemy jednak być pewni, że wkrótce będziemy również figurowali na liście nazwisk, recytowanych oczywiście już wobec naszego „szczęśliwego“ następcy.

Nieufność pacjentów w stosunku do lekarza-dentysty jest objawem, z którym często się spotykamy. Czy pan już dobrze oczyścił? Czy nie za wcześnie pan plombuje? Czy tak będzie dobrze? — Są to pytania, którym towarzyszy podejrzliwe spojrzenie, godne sędziego śledczego. Zapewnienia nasze są przyjmowane z rezerwą i stereotypowym: „Zobaczymy”.

Arcymiły jest również typ pacjentów (rekrutuje się przeważnie z pośród przedstawicielek płci pięknej), który z lusterkiem w ręku kontroluje każdy nasz ruch, każde posunięcie. Nie byłoby to może dla nas tak dokuczliwe, gdyby nie stałe uwagi, a co najgorsze — rady, które podczas najsubtelniejszej pracy wysłuchiwać musimy.

Znam takich dowcipnych kolegów, którzy mają do dyspozycji pacjentów nieduże lusterka o ciężkiej ołowianej obsadzie. Pacjentka ze względu na ciężar długo takiego lusterka w powietrzu nie utrzyma i musi zrezygnować z obserwacji.

Najfatalniej przedstawia się psychologja pacjenta naszego w dziedzinie obowiązków jego wobec lekarza-dentysty.

Mam na myśli sprawę honorarjum.

Zdawałoby się, że wszystkie przykre bolączki naszego trudnego zawodu, pochodzące z winy dzikiej nieraz psychologji pacjenta, znajdują zapłatę w postaci satysfakcji moralnej lub materjalnej, że psychologja ta przynajmniej pod tym względem nas zadawalnia ..

Ale tak, niestety, nie jest.

W szerokiej praktyce pacjenci jak zaznaczyłem wyżej, zwykli płacić nie za leczenie zębów, lecz za plomby Dentysta w ich pojęciu, przestaje być lekarzem zębów a staje się najwyżej jakimś „plombowaczem".

Jest to nonsens zaszczepiony pacjentom oddawna przez samych dentystów, i dużo pracy i energji trzeba będzie zużyć, by ten błąd w rozumowaniu pacjenta naprawić.

Pacjent inaczej się nie informuje, jak: „ile u pana kosztuje plomba, ale dobra"? Wygląda to zupełnie na sklepik, lecz w tym wypadku niema winy pacjenta, gdyż w kuźni, w której się kuje psychologję naszego pacjenta — kowalem jest przedewszystkiem dentysta. On również ponosi winę za wykoślawienie i zeszpecenie tej, tak ważnej dla nas, psychologji pacjenta.

Ale o tem — innym razem.

Możliwem jest, że ciężkie warunki życiowe zmuszają nas do kompromisu na punkcie naszego autorytetu i godności, pomyślmy jednak o tem, do czego te ciągłe i stałe kompromisy doprowadzić mogą! —

PRZYPADEK SZYBKIEGO WYPROSTOWANIA ZBOCZENIA ZGRYZU.

DR. HUGO TREBITSCH (WIEN).

Podczas gdy zabiegi chirurgiczne przy chorobach, zagrażających życiu, muszą być wykonywane podług zasad przyjętych, a którem i pacjent i lekarz podporządkowywują się, musimy się często w zabiegach dentystycznych liczyć z przeszkodami w stosowaniu się do wymagań terapji. Za szczęśliwego poczytywać należy praktyka, który ogranicza swoją działalność do wypadków, całkowicie odpowiadających najsroższym wymogom. Jednak i praca tego lekarza jest wartościową i godną wdzięczności, który w codziennej praktyce zmuszony jest do kompromisu między niezbędnem a możliwem. Wypadki tego rodzaju są szczególnie częste w dziedzinie wyprostowywania zgryzu nieprawidłowego, gdy pacjent żąda opanowania zboczenia zgryzu, dającego się we znaki pod względem kosmetycznym i utrudniającem proces żucia; przy tem daje się przeważnie do dyspozycji czas krótki, pacjent zgłaszać się może rzadko, oprócz tego noszenie widocznych aparatów jest wykluczonem.



Ryc. 1.

19 września 1924 roku zgłosiła się do mnie 19 letnia E. D. Lat temu dziesięć odwiedziła mnie wraz z dziadkiem celem omówienia sprawy nieprawidłowego układu jej zębów. Poradzono przeprowadzenie regulacji. Gdy odrzucono to kategorycznie, było się zmuszonym za pomocą extrakcji starać się osiągnąć znośny wynik kosmetyczny i zapobiec raptownemu rozwojowi próchnicy w przednich zębach, pokrywających się w kształcie dachówek. Pobudzany uczuciem litości dla dziecka, dziadek zabrał dziewczynkę gdzieindziej, i pozostawion rozrost zębów samemu sobie. Skutki są aż nadto widoczne (Ryc. 1 i 1a).

W górnej szczęce siekacze, szczególnie środkowe, pokrywają się jak dachówki; na powierzchniach stycznych źle przylegające i obramowane brzegiem próchnicowym wypełnienia. Przy tak ustawionych zębach dobre wykonanie wypełnienia jest niemożliwem bez ofiary w postaci dużych części zębów.

Prawie we wszystkich dwuguzkowcach i trzonowcach dużych wielkie wypełnienia amalgamatowe w spróchniałej żębinie; w miejscach, gdzie ściśnięte ze sobą prawe dolne 6, 5, 4 i lewe dolne 4, 5, 6 tworzą wspólne powierzchnie, wszystkie dotknięte próchnicą wkołoszyjkową, sięgającą w zębach bocznych miazgi.



Ryc. 1a

Korona lewego dolnego 5 częściowo ułamana, reszta podminowana, cienka jak papier Wskutek dotkliwych bólów, spowodowanych stanem miazgi, zaproponowano ekstrakcję zębów stojących poza łukiem zębnym, lecz zabieg ten nie mógł być wykonanym zwykłemi narzędziami.

Ze względu na nieobecność prof Weiser'a, podjął się operacji asystent Dr. Wardan. Po stronie policzkowej żuchwy pod poziomym punktem projekcyjnym wierzchołków 1 i 4, na miejscu, gdzie przypuszczano możliwe dojście do korzeni 1 i 5, po odchyleniu płata błony śluzowej, wgłębiono się aż do odsłonięcia czubków korzeni 1 i 5.



Ryc. 2a.

Zapomocą ucisku na wierzchołki podważenia w kierunku osiowym zęba udało się po usilnych zabiegach o tyle rozluźnić i wyważyć takowe, że, przedtem niemożliwy do usunięcia kleszczami lub dźwignią, łatwo dał się ująć i wyciągnąć. Znieczulenie przewodowe przyczyniło się do bezbolesnego traktowania.

Mojem zadaniem było osiągnąć skorygowanie zgryzu w szczęce górnej, nie dla tego tylko że należało liczyć się z wtłoczonymi wgłąb szczęki kłami, lecz dla tego że ciasnota utrudniała zabiegi, których wymagały mocno dotknięte próchnicą zęby. Zaznaczę, że dolny prawy 5 należało usunąć, gdyż w cierpienie wowleczoną była miazga Chwyt kleszczami lub zastosowanie dźwigni, jak i po stronie lewej, były niemożliwe. Przypomniałem sobie, że przed laty pewien kolega, chcąc uniknąć krwotoku podczas ekstrakcji u cierpiącego na krwawiączkę, wtłoczył na koronę zęba jednokorzeniowego ciasny pierścień gumowy, jakiego się używa do celów regulacji. Mając tendencję do kurczenia się, pierścień ześlizgiwał się w kierunku korzenia i powoli, bez krwawienia, doprowadził do zaniku łączności między zębodołem a korzeniem. Włożyłem na ząb pierścień (Angles Ruber-Ligatur) 19. 1 1925 i pozostawiłem do 4. 3. 1925, lecz żadnego rozchwiania zęba nie stwierdziłem. 13. 4. 1925 wskutek wyjazdu pacjentki pierścień zdjąłem Po powrocie 7. 8. 1925 znowu włożyłem a 14. 8., ponieważ nie widziałem żadnego skutku, dodałem jeszcze drugi pierścień. Nazajutrz — bóle w zębie. Ponieważ byłem nieobecny, pacjentka udała się do innego lekarza, który uie uwierzył w opowiadania o gumowych pierścieniach i przeprowadził trepanację komory niby dotkniętego zapaleniem ozębnej dolnego prawego 6, wskazanego przez pacjentkę. Po przyjeździe znalazłem prawy 5 wysuniętym z wyrostka zębodołowego i rozluźnionym, tak że takowy mógł nadzwyczaj łatwo być ujęty kleszczami i usunięty.— Po ekstrakcji ujrzano pierścień; nazajutrz drugi pierścień ukazał się w ranie i został usunięty. Dla wyprostowania zboczenia zgryzu w górnej szczęce było bardzo mało czasu: ostatni tydzień maja, pierwszy — czerwca, i pacjentka miała wyjechać; wracała w końcu sierpnia, a 10 wrześ-



Ryc. 2b

nia wszystko miało być gotowe. Nie osiągnięto oczywiście idealnie prawidłowego ustawienia zębów, lecz w każdym razie znacznie ulepszonego. Zadanie było utrudnione, gdyż noszenie widocznych aparatów, oprócz łuku Angle'a w ciągu tygodnia — wykluczone.

25 5. i 5 6 1925 ekstrakcja lewego i prawego górnych 4. W dniu 6. 6. osadzono na lewych górnych 6 i 3 i pra ych górnych 3 i 6 pierścienie mosiężne z płaskiemi haczykami, prawie niewidocznie umocowane na płaszczyźnie szyjki; do haczyków przyczepiono podwiązki gumowe, przeciągnięte po każdej stronie od 3 do 6. Te gumowe podwiązki zmieniała pacjentka sama codziennie. Zdarzyło się, że jeden pierścień mosiężny rozluźnił się podczas pobytu w Berlinie Pacjentka udała się do znanego praktyka miejscowego, który pierścień umocował, i siła pociągowa przyrządu została przywrócona.



Ryc. 3.

Ryc. 2a pokazuje układ zębów 24. 5, 1925 przed ekstrakcją; ryc. 2b przedstawia wyniki, osiągnięte do 25. 8. 1925. Jednocześnie widzi się łuk, umieszczony po stronie językowej i przymocowany do lewego i prawego górnych 5. Łuk, złączony za pomocą ligatury z zębami przedniemi, wywiera ucisk na odchylone krawędzie siekaczy, szczególnie środkowych, aby w ten sposób wytworzyła się przestrzeń międzyzębowa. Umocowany 26 8. łuk mógł już, po otrzymaniu potrzebnych wyników, być usuniętym 2. 9.

W dniu 2. 9 osadzono obręcze na prawy i lewy górne 6 (D-pierścienie) i E-łuk, do którego przywiązano ligaturą 6 przednich zębów. W dniu 9. 9. zdjęto aparat, gdyż 10 9 obiecano usunąć łuk. Ryc. 3 przedstawia otrzymany wynik; oczywiście niema całkowitej prawidłowości, natomiast zauważyć można wydatne polepszenie. Noszenie aparatu zatrzymującego (Retentionsapparat) były niepotrzebne; zgryz, w porównaniu z byłym, znacznie lepszy. Ryc. 4 przedstawia dolną szczękę, z której wyciągnięto dwa 5.



Ryc. 4.

Mam wrażenie, że wolno mi było ogłosić historję tego wypadku w prasie fachowej. U 19 letniej pacjentki osiągnięto wynik dodatni sposobem, przy stosowaniu którego należało liczyć się z minimum czasu. Gumowe podwiązki zmieniała pacjentka sama. Jeden tydzień nosiła językowy i jeden — rozprzęgający łuk. Ze względu na tak małą stratę czasu — wynik kosmetyczny i czynnościowy — dość dobry.

(Zahn. Rundschau. 24. 1926.) *S Sokalski.*

RZADKI PRZYPADEK OBUSTRONNEGO ZWICHNIĘCIA ŻUCHWY.

PROF. DR. ANTONI CIESZYŃSKI.

(Polska Dentystyka № 6. 1926).

Zwichnięcia żuchwy zdarzają się nader rzadko; statystyka Alberta wykazała, że na ogólną ilość zwichnięć przypada $1^1/_2$% zwichnięć żuchwy. Spotykamy jednak ludzi, którzy wykazują skłonności do tych zwichnięć; u tych zwichnięcia żuchwy powtarzają się często. Przy zwichnięciach nawykowych repozycja jest łatwa, — zwykle chory sam odprowadza żuchwę bez wszelkiego wysiłku. Autor opisuje przypadek obustronnego zwichnięcia żuchwy u chorej liczącej 16 lat. Zwichnięcie nastąpiło podczas zakładania wkładki do dolnego trzonowca, przyczem do tego czasu chora nigdy żuchwy nie zwichnęła, czyli predyspozycja nie istniała. Żuchwę po niewielkim wysiłku odprowadzono, lecz skoro tylko chora otworzyła usta, nastąpiło powtórne zwichnięcie, którego tym razem nie można było odprowadzić na skutek oporu, spowodowanego skurczem mięśni żwaczy skrzydłowatych i mięśnia skroniowego. Chcąc wywołać rozprężenie mięśni i wykluczyć działanie takowych na czas przeprowadzenia repozycji, zdecydowano się na wykonanie zabiegu w ogólnem uśpieniu (eterem), przyczem dla uniknięcia ponownego zwichnięcia, autor przygotował opaskę, któraby przez przywiązanie żuchwy do czerepu czaszki utrzymała w pierwotnych łożyskach wyrostki stawowe. Nie zdołano jednak jeszcze założyć opatrunku ustalającego gdy chora otworzyła usta i nastąpiło ponowne zwichnięcie. I tym razem odprowadzenie żuchwy można było przeprowadzić tylko w ogólnem uśpieniu Przy znacznym mimo to wysiłku żuchwę przywiązano do czerepu czaszki, zabroniono chorej przez kilka dni mówić i zalecono jej jedynie płynne pokarmy. Zwichnięcie nie powtórzyło się. Autor, który zanotował w swej praktyce kilkanaście zwichnięć (z tych większość nastąpiła przy długotrwałych uśpieniach), po raz pierwszy miał trudności przy odprowadzaniu żuchwy. Powodem opisanego zwichnięcia był, zdaniem autora, skurcz mięśni przyciągających żuchwę do góry i zahaczenie wyrostka skroniowego (l'accrochement) o brzeg dolny kości jarzmowej. Stan ten może nastąpić o ile wyrostek stawowy jest znacznie dłuższy, aniżeli skroniowy i istnieje szeroki odstęp między dwoma temi wyrostkami. — Prócz teorji zahaczenia wyrostka skroniowego istnieją jeszcze 3 inne:

1. Mięsień skroniowy kurcząc się przypiera wyrostek skroniowy do ściany tylnej górnej szczęki, ciągnąc go równocześnie ku płaszczyźnie skroniowej kości klinowej (Théorie du contact rétromalaire);
2. Teorja mięśni (Théorie musculaire);
3. Teorja wiązadeł (Théorie ligamenteuse).

Na zwichnięcie żuchwy i trudności przy odprowadzaniu wpływa zwykle kilka z tych czynników równocześnie.

E. Rzędowska

PATOGENEZA DZIĄŚLAKA.

DR. KARL BALOGH.

(Die Pathogenese der Epulis (Paradentoma) Zeitschr. f. Stomatolog. № 9 —1925).

Nazwę epulis spotykamy w literaturze już od wieków, choć pojęcie i sens niejednokrotnie z biegiem czasu uległy zmianom.

Galenus już używał nazwy epulis.

Ambroise Paré nazywa takowy „Hypersarcosis gingivarum" i charakteryzuje jako guz mięśniowy, kt. powoli wyrasta z dziąsła, często daje nawroty i łatwo przeistacza się w raka

Heister uważa, że jest to obrzmienie dziąsła bolesne ze skłonnością przeistaczania się w mięsak.

Manget wyodrębnia formę złośliwszą, konsystencji twardej i mięśniowej i naz. ją sclerosarkoma.

Jourdain dzieli obrzmienia dziąsła na twarde i polipowate i uważa, że epulis jest to narośl, kt ma za punkt wyjścia dziąsło Dzieli je na 2 postacie: o szypułkowatej podstawie i o podstawie szerokiej. Te ostatnie określa jako twarde obrzmienia dziąsła

Boyer i Dupuitren akcentują, że epulitidy są przeważnie dobrotliwe, tworzą rodzaj spina mentosa.

Marjolin i Berard zaliczają rak także do epulis i za przyczynę poczytują spróchniałe zęby.

Begin rozróżnia 2 postacie dziąślaków: miękkie, gąbczaste, bogato unaczynione oraz zbite i ubogie w naczynia.

Warrer: epulis jest to gąbczasty twór pochodzenia dziąsłowego i istnieje w postaci dobrotliwej i złośliwej

Lebert i Robin pierwsi badali te narośle drobnowidzowo. Lebert nazywa je prosto sarcoma i twierdzi, że sarcoma jest to twór z fibroblastów; określa znaczenie wielojądrzastych komórek olbrzymich, pałeczkowatych oraz małych okrągłych. Twór o powyższych składnikach nazywa sarkoma, kt. wybitnie wyróżnia się od c — a Robin dowodzi że podane przez Lebert'a kom wielojądrzaste są to komórki szpiku i nazywa je „Myeoplase", utrzymuje, że większość epulitidów w takowe obfitują.

Paget zgadza się z Robin'em i określa takie twory jako obrzęki myeloidarne.

Schuh woli nazwę epulis, gdyż oznacza miejsce obrzęku

Nelaton podaje dokładny opis anatomo-patologiczny.

Tomes naz. dziąślakami tylko takie twory, kt. wychodzą z okostnej lub kości, a wych. z dziąsła nazywa polipami lub ziarniniakami

Diffenbach uważa część tych guzów za polipy śluzówki, cz. za twory pochodzenia okostnej, a cz. pochodzenia zakaźnego.

Billroth przyjmuje że większość epulitidów należy do grupy mięsaków, o budowie kom olbrzymich i proponuje albo nazwy epulis nie używać wcale, lub dodawać jeszcze określeń fibromatosa, sarcomatosa i t. d.

Bardeleben jest tegoż zdania.

Virchow używa nazwy epulis dla celów topograficznych i wysuwa nazwę sarcoma giganto-cellulare. Liczni autorzy (Richter, Beckmann, Knecht, Gunzert Sagel, Stepinsky, Ferrand Grüner) zgadzają się z Virchowem co do pierwszej części, nazwa epulis jest używana w sensie klinicznym.

Semprey, Stepinsky, Contouse, rozpatrują stronę anatomo-patologiczną i odróżniają 3 rodzaje dziąślaków: 1. pochodzenia nabłonkowego, 2 nabłonkowego + łącznotkank., 3. łącznotkankowego. Falcke, Kaufmann

Ziegler, Knecht uznają: albo dziąślak jest pochodzenia nabłonkow. albo łącznotkankow. Gunzert, Gruet, Hesse, Grüner, Aschoff wierzą tylko w łącznotkankowce.

Wielostronna różnica w poglądach na stronę anatomo-patolog tworów dziąsłowych ma za podłoże różne poglądy na patogenezę tych tworów Wassermann jest zdania, że nowotworzenia na dziąśle mają za punkt wyjścia tylko okostną i dziąsło, Achoff — okostną i szpik, Hesse — lig circulare.

Wszystkie te zdania mają rację, gdyż przy stanie dzisiejszym nauki anatomji patologicznej można mówić o epulis pochodzącym z okostnej, szpiku, dziąsła i t. d., t. zn, że dziąślak może wychodzić zarówno z nabłonka jak i tk łącznej otoczenia zębowego, co ma og. nazwę paradentium i kt. umożliwia zębowi wykonanie jego czynności fizjologicznych Ząb jest organem żucia, a paradentium organem, ustalającym ząb.

Wzajemny stosunek, jaki istnieje między zębem a paradentium uwydatnia się nie tylko w ich fizjologicznej czynności, lecz także w ich, rozwoju, schorzeniach, obumarciu Przy braku zęba — brak i paradentium, gdy zniszczy się ząb, niszczy się również i paradentium

Do procesów wstecznych paradentium należą t. zw. pyorrhoea alv. i atrophia alv senilis i praecox.

Paradentium podlega również i procesom progresywnym, które (jak i procesy regresywne) mogą wychodzić czy to z nabłonka czy elementów tk. łącznej. Epulis jest procesem progresywnym paradentium.

Dane kliniczne również przemawiają za paradentalnem pochodzeniem dziąślaka.

Autor nie widział dziąślaka w szczęce bezzębnej, chyba, że dziąślak ów powstał jeszcze wówczas, gdy zęby lub korzenie jeszcze były, a więc i było paradentium.

Niektórzy autorzy przyjmują możliwość wrodzonego dziąślaka, autor tego nie spotykał. tłumaczy to jednak w ten sposób, że często embryo przychodzi na świat z zębami, a więc istnieje paradentium, ten niezbędny element dla możliwości rozwoju zarówno procesów wstecznych (pyorrhoea alv., atrophia) jak i postępowych (epulis).

Ciekawe jest, że, gdy w jamie ustnej toczy się proces t. zw. ropotoku zębodołowego nie powstaje dziąślak, a tłumaczy się to w ten sposób, że proces kt. powoduje burzenie paradentium, nie może jednocześnie wytworzyć zjawiska o tendencji wprost przeciwnej. Dziąślak jest specyficznem progresywnem schorzeniem paradentium, i najodpowiedniejszą dlań nazwą jest „Paradentoma". Nazwa ta jest słuszna nie tylko z rozważania teoretycznego, anat-patolog, lecz także i klinicznego. Znając narząd paradentalny, jego schorzenia, można twierdzić. że znane pod nazwą dziąślaków guzy dziąsła są to obrzmienia paradentogenne czy paradentoma. Uwzględniając czynnik histologiczny: Fibroma, Sarcoma, Carcinoma paradentogenes.

Paradentoma mogą ~~się~~ umiejscowić w szczęce górnej jak i dolnej. Gunzer, Billroth, Wassermann, Payer, Windmüller spotykali częściej w dolnej szczęce; Hesse, Nelaton — odwrotnie. Autor na 52 przypadk. spostrzegł w górn. 29, w żuchwie 23. Jedni autorzy stwierdzili najczęstsze umiejscowienie w okolicy zębów wielokorzeniowych, inni — w okolicy siekaczy. Autor zaś — cześciej w okolicy przedtrzonowców i trzonowców, mniej często w okolicy siecznych. Spotyka się u kobiet częściej niż. u mężczyzn (Gunzer, Billroth, Wassermann, Beckmann, Grüner)

Autor stwierdził u kobiet 31, u mężczyzn 21 na 52 przypadki Najczęściej we wieku 20 — 40 lat, rzadko u dzieci, bardzo rzadko u starców. Częściej u prostaków (niehigjen utrzymanie jamy ustnej). Wielkość, zabarwienie, konsystencja są różne, a zależne przeważnie od ukrwienia i budowy histologicznej. Dobrotliwe są przeważnie bledsze, szaro-bronzowe, twardsze i wolniej rosną niż sarcomaty, kt. zazwyczaj są ciemniejsze, sino-czerwone, elast.-miękkie, rosną szybko i w pewnych okolicznościach dają nawroty. Sarcomaty należą do nowotworów złośliwych, złośliwość zaś dziąślaków przejawia się w skłonności do nawrotów, lecz destrukcyjnego, infiltracyjnego bujania oraz przerzutów brak. Autor zauważył wznowę li tylko w jednym przypadku i to wskutek niedoszczętnego usunięcia otaczającego paradentium, co również potwierdziłoby, że dziąślak jest pochodzenia paradentalnego.

Nie każdy twór paradentalny jest to tumor (neoplasma), mają to także być ziarniniaki (granuloma). Te ostatnie są do dziąślaków bardzo podobne, jedynie wielkością się różnią: ziarniniak rzadko kiedy jest większy niż orzech.

Etjologja dziąślaków jest w istocie taka sama, jak i innych guzów nowotworowych, lecz do tego dochodzą jeszcze i warunki lokalne. Przyczyna tkwi w urazie, jakiemu podlega ząb lub paradentium. Sprawy zapalne, próchnica zębów, korzenie, ostre brzegi kostne, kamień nazębny, zęby zatrzymane — wszystko to wywiera pewien wpływ. Prócz tego powstanie dziąślaków stoi w pewnym stosunku z ciążą i miesięczkowaniem u kobiet, lecz zdaniem autora, te ostatnie czynniki mogą li tylko uspasabiać.

Histopatologiczna strona tego tworu jest dostatecznie wyświetlona. Dziąślaki mogą wychodzić czy to z nabłonka czy tk. łącznej; najczęstsze są sarcoma gigantocellulare i fibroma (na 52 przyp.: 23 sarc. gig.-cell ; 17 fibroma, 12 granuloma). Z umiejscowienia samego wynika, że dziąślak jest otoczony nabłonkiem. Ten wielowarstwowy nabłonek miejscami ulega zrogowaceniu, miejscami drobnokomórkowemu nacieczeniu. Nabłonek, pokrywający sarcomaty jest bardzo cienki, przy włókniaku natomiast można czasem stwierdzić znaczne bujanie nabłonka. Pod nabłonkiem idzie drobnokomórkowe nacieczenie, dalej warstwa tk. łącznej, a za nią dopiero tkanka charakterystyczna dla danego guza. Przy sarcoma zdarzyć się może, że warstwa kom. olbrzymich leży tuż pod nabłonkiem, w innym przypadku dopiero w podstawie guza i wówczas odcinek powierzchowny, wzięty dla badań histologicznych, nie wykaże kom. olbrzymich. W guzie można też znaleźć pigment, kość, ogniska zwapniałe lub chrząstkę.

M. Kalisz.

ŻYWOTNOŚĆ DROBNOUSTROJÓW PO ODKAŻENIU PRZEWODÓW KORZENIOWYCH.

JÓZEF JARZĄB.

(Polska Dentystyka Nr. 6 1926).

Autor widzi pozytywne wyniki kliniczne przy wyjaławianiu przewodów korzeniowych w zębach z zapaleniem miazgi oraz zgorzelą takowej; jednocześnie stwierdza, że jałowość przewodów jest krótkotrwałą. Do wniosku tego dochodzi drogą eksperymentu, przeprowadzając badania bakterjologiczne wyleczonych t. j. wyjałowionych przewodów. W wyjałowionym przewodzie pozostawia się wyjałowioną również wkładkę waty, poczem zamyka się hermetycznie przewód. Materjał doświadczalny dobiera się w ten sposób, że zostają uwzględnione zęby z zapaleniem miazgi

oraz ze zgorzelą takowej, co się zaś tyczy drożności przewodów, bierze się pod uwagę wiek pacjentów i sprawdza się drożność za pomocą igiełek. Pozostawiwszy wkładki w przewodach na przeciąg różnych okresów czasu, wyjmuje się je, bacząc oczywiście, aby wszystko było przeprowadzone zapomocą narzędzi jałowych, poczem wkładki daje się na pożywki (agar z surowicą). Na 30 zbadanych w ten sposób zębów przypada 20 zgorzelinowych, z tych w 8-iu drożność niezupełna, 10 zaś z zapaleniem miazgi, w 5-ciu drożność wątpliwa, wliczając w to odcięcie miazgi. Wyniki bakterjologiczne przedstawiają się jak następuje:

1. Wkładki kontrolne, które pozostawały w przewodach 1-3 tygodnie, były wszystkie jałowe.

2. Wkładki, które pozostawały w przewodach zębów z zapaleniem miazgi 2—3 miesięce, były wszystkie jałowe bez względu na mniejszą lub większą drożność przewodów, wliczając w to odcięcie miazgi.

3) Na 20 zębów dotkniętych zgorzelą miazgi, wkładki z 11-tu zębów (przewody niektórych nie były całkowicie drożne) wykazały obecność nielicznych paciorkowców i gronkowców; 9 zaś wkładek, które znajdowały się w przewodach całkowicie drożnych, było jałowych.

Łącznie z powyższem opisuje autor 2 przypadki amputowanej miazgi (zęby te były podług słów pacjentów leczone jeden przed 3-ma laty drugi przed 7-ma); wydobyte przez autora kikuty zmumifikowanej miazgi były jałowe. Z powyższego wynika, że 1) leczenie, jakie stosujemy przy zapaleniu miazgi jest skuteczne i utrzymuje przewód w stanie jałowym; 2) przy pulpitis partialis daje dobre wyniki metoda amputacyjna, o ile oczywiście zachowamy wszelkie środki ostrożności, by na nowo nie zakazić pozostałej miazgi; 3) przy zgorzeli jałowość przewodów jest wątpliwa w tych przypadkach, gdzie drożność nie jest całkowita, gdyż po pewnym czasie drobnoustroje przenikają do przewodu. Badania wykazały, że w kanalikach zębinowych znajdują się drobnoustroje, szczególnie przy zgorzeli (przy zapaleniu miazgi kanaliki nie są zakażone, dlatego też wyjałowienie przewodu jest zupełne). Z tych to kanalików zębinowych drobnoustroje po pewnym czasie przenikają do przewodu, powodując ponowne zakażenie. Dla doświadczenia autor usuwa zęby, które poprzednio wyleczył, ćwiartuje je na drobne cząsteczki, oczywiście na drodze aseptycznej i daje na pożywki. Przeprowadzone badania potwierdzają powyższą tezę. Stanie się to tem łatwiej zrozumiałem, gdy uprzytomnimy sobie, że odkażając przewody, działamy na drobnoustroje środkami przeciwgnilnemi, których działanie jest powierzchowne, jak np. fenol kamforowy; nawet działanie trójkrezol formaliny, której pary przenikają głębiej, jest też niewystarczające, tembardziej że formalina ścina białko, poczem już głębiej działać nie może. Fenol kamforowy działa słabiej natomiast ma tą przewagę, że nie drażni tkanek. Kolejne stosowanie tych 2-ch środków jest skuteczniejszem. Leczenie przewodów trójkresolformaliną, bądź to fenolem kamforowym, bądź też innemi środkami bakterjobójczemi nie zabezpiecza przed możliwością wtórnego zakażenia. Sama budowa anatomiczna przewodów korzeniowych, których drożność do samego otworu szczytowego w olbrzymiej ilości przypadków jest nie do osiągnięcia; dalej, kanaliki zębinowe, których wyloty znajdują się na powierzchni przewodu i udostępniają drobnoustrojom, znajdującym się w stanie latentnym w kanalikach, powrót do wyjałowionego już przewodu, — wszystko to rozprasza złudzenia o idealnem wypełnieniu przewodu i hermetycznem zamknięciu otworu szczytowego i stwarza warunki sprzyjające nawrotom. Stosowane w praktyce wypełnianie przewodów aż do otworu szczytowego, dzięki czemu zamknięte zostają wyloty kana-

lików zębinowych, czy to zapomocą igiełek czy hubki, czy też posługując się jednym i drugim sposobem, wszystko to nie daje pewności, że wypełnienie to będzie szczelne, doskonałe. Przeciwnie, w związku z wyżej powiedzianem, należy stwierdzić iluzoryczność tych zabiegów i przyznać, że podłoże do zakażenia ponownego istnieje. Jeśli, mimo to tysiące zębów zgorzelinowych tą metodą leczonych i wypełnianych oddaje należytą usługę ustrojowi, to dzieje się to dlatego, że paciorkowce i gronkowce, przebywając dłuższy okres czasu w przewodzie korzeniowym, zachowują już tylko część pierwotnej energji, albowiem stopień ich żywotności zależny jest od podłoża, na którem się znajdują. Dzięki działaniu wymienionych już środków bakterjologicznych, żywotność drobnoustrojów zostaje zredukowana do tego stopnia, że znajdując się nawet w większej ilości w ustroju, nie wywołują stanu chorobowego, nie ujawiają się klinicznie. Dlatego też następstwa reinfekcji są o wiele rzadsze niżby tego oczekiwać należało. Jak bardzo oscyluje stopień żywotności paciorkowców i gronkowców, dowodzi następujące zestawienie: $^1/_{1000}$ oczka wstrzyknięta do otrzewnej myszy w ciągu 24 godzin wywołuje schorzenie, a nawet śmierć. Hodowla paciorkowców i gronkowców z przewodu korzeniowego, wstrzykiwana w tej samej ilości, nie wywołuje schorzenia Zwiększone dawki $^1/_{50}$ — $^1/_5$ wstrzyknięte do otrzewnej myszom, dały już objawy chorobowe, które jednak po 2 dniach przeszły bez śladu. Nawet dawki 1—2 oczka nie wywołały objawów klinicznych, na sekcji zaś zabitej myszy znaleziono śledzionę powiększoną.

E. Rzędowska.

O WSPÓŁCZESNEM LECZENIU PRZEWODÓW KORZENIOWYCH.

DR. HEERKLOTZ (DREZNO).

Z. R. № 1. 1927.

Dotychczasowy przebieg leczenia przewodów korzeniowych był następujący: trepanacja komory miazgowej, wydrążenie takowej; wyjałowienie przewodu i wprowadzenie zapomocą turundy z waty na igiełce Millera do przewodu środka przeciwgnilnego Tego rodzaju traktowanie nie odpowiada nowoczesnem wymogom postępowania bezgnilnego Wata nawijana na igłę palcami, ulega zakażeniu jeszcze przed wprowadzeniem takowej do przewodu. Najważniejszem zadaniem naszem jest doszczętne wyjałowienie przewodu i stosowanie wyjałowionych narzędzi Należy w tym celu używać aseptycznych koniuszków papierowych. Są to delikatne, ku końcowi coraz cieńsze, niejako gotowe watą owinięte igiełki Millera, lecz całkowicie sporządzone z papieru Sposób postępowania jest ten sam co i przy igle Millera, lecz prostszy i praktyczniejszy. Koniuszki papierowe mają jeszcze tę zaletę, że nie pozostawiają po sobie w przewodzie włókien, które mogą w następstwie wywołać różne komplikacje, jak stan zapalny ozębnej, ropienie i t p. Poza tem dzięki ich giętkości można łatwo wprowadzić takowe nawet do najdłuższych przewodów, natomiast watę ze środkiem przeciwgnilnym trudno wprowadzić do wąskiego przewodu gdyż wata zesuwa się z igły, i cel nie zostaje osiągnięty. Aseptyczne koniuszki wprowadza się do przewodu szczypczykami syst prof Fischera, które bywają dwojakie: do szczęki górnej i dolnej. Zdaniem D-ra Heerklotz'a, do wypełnienia przewodów najlepiej nadaje się chloroperka. Wprowadza się takową na koniuszku papierowym (was-

serharte Papierspitze) i lekko pompującemi ruchami wypełnia się przewód do otworu szczytowego Chloroperka wyściela ścianki przewodu, natomiast za właściwe wypełnienie uważać należy stożek gutaperkowy, który dobiera się podług długości i szerokości przewodu, a razem z chloroperką tworzy takowy jakoby podwójną plombę. Jeśli jeszcze część komory miazgowej u wylotu przewodu wypełnić bryłką gutaperkową, można powiedzieć, że przytoczony sposób stanowi niejako ostatni wyraz techniki wypełnienia przewodów korzeniowych. Autor opisuje również „Pentagram“ — ssawkę (pipetkę) do wlewania środków płynnych do przewodów i „Costa“ — trzymadło do ślinochronu.

A. Drejzensztokowa.

MARTWE ZĘBY.

(Jour. of. American. Dent. Assoc., March 1926.)

Ten niefortunny wyraz jest odpowiedzialny za stratę wielu dobrych jeszcze zębów. Jest błędem zawodu dentystycznego, że określenie to było w użyciu, — obowiązkiem tedy zawodu powinno być wyeliminowanie powyższego określenia. Przedstawiciele medycyny nie obeznani ze strukturą zęba, przyjęli oczywiście wyraz dosłownie, na skutek czego logicznym był nakaz usuwania takich zębów. Żaden lekarz nie chciałby zostawić czegoś „martwego” w ustach swego pacjenta, i gdyby zęby bez miazgi były rzeczywiście zębami martwemi, nie byłoby żadnych argumentów dla pozostawienia ich w jamie ustnej. Lecz ząb ze zdrową ozębną, otaczającą korzeń i przytwierdzającą takowy do wyrostka zębodołowego, nie jest w żadnym razie martwym zębem. Teraz lekarze zwykle mówią o martwych zębach, mając na myśli zęby pozbawione miazgi, i różnica między temi dwoma pojęciami winna być wszelkiemi sposobami zaakcentowana. Nawet bez dowodów, jakie nam dają badania histologiczne, a które są bezsporne, sam fakt, że zęby te często pozostają w jamie ustnej przez szereg lat, jest decydującym dowodem, że nie są one martwemi Martwa tkanka nie byłaby tak długo tolerowana w ustroju

Szkoda, jaką przyczyniło to określenie, nigdy nie będzie naprawioną. Pacjenci, którym powiedziano, że mają martwe zęby, zaraz czują się niedobrze, a fakt, że conajmniej niektóre z naszych schorzeń mają podłoże psychologiczne, przyczynia się do ogólnej psychicznej depresji, która ogarnia pewnych osobników w takich okolicznościach Wyrażenie „zęby bez miazgi” jest nietylko więcej dokładnem w sensie histologicznym, jest ono również mniej zastraszającem dla pacjentów. Lekarze troszczą się zwykle prawdziwie, aby pomóc chorym na drodze najskuteczniejszej; jeśli zostali oni wprowadzeni w błąd przez dentystów, używających tego niefortunnego określenia, jest już czas najwyższy by dentyści zrobili swoje celem poprawienia błędu i pokazali swym braciom w medycynie ich omyłkę.

E. Rzędowska.

O WSPÓŁCZESNEM LECZENIU KORZENI.

DR. H. ALLERHAND.

(Polska dentystyka № 3—4. 1925).

Wszystkie dotychczasowe sposoby lecznicze dentystyki zachowawczej poddane zostały ostatnio surowej krytyce dzięki sprawie zakażenia ustnego. Poczęto zwracać baczną uwagę na możliwości zakażenia ponownego (rein-

fectio) przewodów korzeniowych, które poddane były leczeniu przeciwgnilnemu. Według Prinz'a zakażenie ponowne przewodów powstawać może drogami następującemi: 1) przenoszeniem z komory miazgowej, 2) drogą krwiobiegu, 3) posunięciem z dziąsła idąc drogą ozębnej i 4) pochodzić od drobnoustrojów, pozostawionych w przewodzie korzeniowym lub w przewodzikach zębinowych. Pierwszą z tych dróg uważa Prinz za wątpliwą, jeżeli wypełnienie korzeniowe pokryte jest od strony komory miazgowej cementem, zawierającym chlorek cynkowy i stanowiącym przeszkodę dla reinfekcji. Zakażenie drogą krwiobiegu i pochodzące od brzeżnego zapalenia ozębnej są dość rzadkie. Natomiast największa ilość zakażeń ponownych spowodowana zostaje przez drobnoustroje chorobotwórcze, pozostałe w przewodzikach zębinowych, jak również w odgałęzieniach bocznych przewodu korzeniowego Najważniejszem zadaniem jest bezwzględne wyjałowienie zakażonych przewodów. Leczenie zakażonych przewodów winno obejmować 3 okresy: 1) okres zabiegów mechanicznych, 2) chemicznych i 3) leczniczych. Główną zasadą leczniczą przy traktowaniu przewodów korzeniowych nawet zakażonych jest użycie bezwzględnie jałowych narzędzi i umożliwienie pracy w warunkach jałowych przez użycie ślinochronu. Wszystkie igiełki, koniuszki papierowe, gutaperkowe i t. p. muszą być wyjałowione przez wygotowanie, opalenie, albo zanurzenie w wyjaławiaczu Flaherty'ego. Miazgociągi zostają zanurzone w stężonym rozczynie sody żrącej, rozpuszczającej wszelkie resztki organiczne, poczem resztki sody żrącej wypłukuje się mieszaniną wyskoku i gliceryny. Do wyjałowienia koniuszków papierowych i gutaperkowych służy jeszcze p-g. Prinz'a słoik zaopatrzony zakrętką, do której przymocowuje się za pomocą laku kawałek waty. Wata skropiona 5 kroplami „T" Dichloraminu służy jako środek wyjaławiający dla koniuszków umieszczonych na dnie naczynia. Środek ten musi być zmieniony raz na miesiąc. By za pomocą środków chemicznych usunąć wszelkie resztki miazgi, stosujemy zasady i kwasy. Do grupy zasad należą: pasta Schreiera (1892), zawierająca mieszaninę metalicznego sodu i potasu, radicyna i antiformina; do grupy kwasów należą: 50% kwas siarkowy (sposób Callahana), woda królewska i kwas solny. Okres zabiegów leczniczych polega na stosowaniu środków przeciwgnilnych do zabijania drobnoustrojów, znajdujących się w przewodzie korzeniowym i w przewodzikach zębinowych. W tym celu używamy całego szeregu antyseptyków: kwasu karbolowego, chlorfenolu, kamfenolu, wody utlenionej i wielu innych, jak również środków chemoterapeutycznych: eukupiny, wucyny, riwanolu i t p. Prinz poleca 5% rozczyn dichloraminu w płynnej parafinie lub w chlorkosanie (ciecz oleista, pochodna parafiny). Rozczyn ten posiada wybitne działanie bakterjobójcze, przy czem nie drażni tkanki wierzchołkowej. Rozczyny dichloraminu psują się w przeciągu kilku tygodni, dlatego należy sporządzać takowy na czas krótki i przechowywać we flaszkach ze szkła brunatnego, chronić przed ciepłem, światłem, wodą i większością metali z powodu powinowactwa do chloru, powodującego łatwy rozkład rozczynu. Przy leczeniu przewodów Prinz postępuje w sposób następujący: po odpowiedniem przygotowaniu przewodów sposobami mechanicznemi i chemicznemi, wkłada do przewodu wyżarzony drut, umacnia go wewnątrz i wykonuje zdjęcie roentgenowskie, by zorjentować się w stosunkach anatomicznych. Następnie zakłada ślinochron (którego użycie uważa za conditio sine qua non przy zabiegach korzeniowych), usuwa drut, przemywa przewód wodą wyjałowioną i osusza go acetonem i ciepłem powietrzem. Następnie zwilża koniuszek papierowy w rozczynie dichloraminu,

wprowadza do przewodu, starając się o przepchnięcie kropelki płynu poza wierzchołek, poczem koniuszek wyjmuje, wprowadza następny zwilżony rozczynem chlorowym i zamyka ubytek cementem prowizorycznym na 24 godz. Po usunięciu wkładki bada jej wygląd tudzież zapach. Następuje druga wkładka analogiczna do pierwszej na 24 godziny, poczem trzecia na 48 godz. Jeżeli koniuszek papierowy, wyjęty po trzykrotnem zaaplikowaniu dichloraminu, nie jest zabarwiony i wydaje wybitną woń chloru, może nastąpić wypełnienie korzenia. Wypełnienie składa się z czynności następujących: odwodnienia wyjałowionego przewodu pokrycia ścian przewodu warstwą rozczynu kalafonji, wprowadzenia rozpuszczonej gutaperki, wypełnienia przewodu koniuszkiem gutaperkowym i zamknięcia komory miazgowej cementem z tlenochlorkiem cynkowym, wreszczie zdjęcia kontrolnego roentgenowskiego. W Niemczech gorliwymi naśladowcami Prinz'a są Marks i Wolf, którzy rozpoczęli metodę Prinz'a stosować w licznej praktyce kasowej, ale już nie z taką precyzyjnością i dokładnością Używają oni jako środka przeciwgnilnego, zamiast poleconego przez Prinz'a dichloraminu „T", chlorfenol, którego działanie antyseptyczne jest znacznie słabsze. Do wypełnienia przewodu używają dwuch środków: Apifirmolu I i Apifirmolu II. Apifirmol I składa się z żywicy i chloroformu, Apifirmol II z białej gutaperki i chloroformu.

Podług Prinz'a i jego licznych zwolenników drożność przewodów dochodzi do dziewiędziesięciu kilku procent, natomiast inni podają drożność przewodów zaledwie na 50 %. Naturalnie przewody o przebiegu nieprostym, tudzież przewody niedrożne nie mogą zapewnić szczelnego, nienagannego wypełnienia okolicy rozgałęzień wierzchołkowych (regio ramifikatoria) wskutek czego reinfekcja staje się możliwą a wyleczenie sprawy okołowierzchołkowej popada w wątpliwość.

O ile Prinz i jego naśladowcy są zwolennikami doszczętnego wyłuszczenia miazgi zębowej, o tyle Schröder czyni pewne ustępstwa na rzecz metody amputacyjnej (odcięcie miazgi). Uważa on, iż doszczętne wyłuszczanie zwodzi się właściwie do możliwie najwyższej amputacji z powodu skrzywień w przebiegu przewodów, rozgałęzień lub obecności szeregu przewodów bocznych. Schröder jest przeciwnikiem używania arszeniku celem uśmiercenia miazgi i poleca usuwanie tejże w znieczuleniu miejscowem z powodu tego, iż bezwodnik arsenowy użyty nawet w najmniejszych ilościach jest jadem dla pierwoszczy, głęboko działającym. Schröder nie używa również stężonych rozczynów antyseptycznych jak: kw. karbolowy, olejki eteryczne, formalina i t d. By móc tkankę miazgową zamienić na spoisty postronek, który przy usuwaniu rzadko się urywa i by powstrzymać ewentualny krwotok następowy, używa Schröder poleconej przez Reuström'a następującej mieszaniny:

Thymol	0.05
Glycerin	10.0
post solutionem adde aluminis	4.0

Rozczyn ten należy wprowadzić na igiełce owiniętej watą obok miazgi do przewodu i tam pozostawić na 5 min. W przypadkach trudnych, przy niedostępnych przewodach, zalewa się odsłoniętą miazgę rozczynem a przez wprowadzenie i cofanie gładkiej igiełki należy uskutecznić zetknięcie rozczynu z miazgą. Do usuwania miazgi używa Schröder miazgociągów rozmaitej grubości, które dzięki łatwej przenikliwości ich ostrza i giętkości trzonka umożliwiają uchwycenie miazgi bardzo głęboko.

Do rozszerzania przewodów używa Schröder rozszerzaczy w kształcie włóczni pięciokanciastej, jak również szydeł kanałowych do zgłębnikowania i rozszerzania. Wszystkie te narzędzia wyjaławia w wyjaławiaczu Flaherty'ego. Do rozpuszczania resztek organicznych tkanki miazgowej używa podchlorynu sodowego, do wyjałowienia 2% rozczynu perchydrolu, a do oczyszczania i rozszerzania przewodów, kwasu solnego. Do celów wypełnienia przewodów i zamknięcia otworu wierzchołkowego stosuje ester metylowy kwasu krzemowego. Jeżeli tkanka organiczna pozbawiona żywotności wejdzie w zetknięcie z estrem, to zostaje przezeń przeniknięta i zamienia się na odbarwioną skamieniałą masę, której pierwotnej budowy nie można rozróżnić i na której drobnoustroje nie wyrastają. Miazga zębowa przeniknięta estrem zamyka w sposób pewny otwór szczytowy, przylegając szczelnie do ścian i wnikając w najdrobniejsze rozgałęzienia Następnie wprowadza Schröder żywiczny rozczyn estru o konsystencji syropu, który dąży wślad za estrem, wnikając w najdrobniejsze rozgałęzienia okolicy szczytowej, pokrywając równocześnie ściany przewodu warstwą spoistą, szklistą, która pod wpływem działania włosowatego wypełnia cały przewód aż do szczytu By uzyskać równomierne wypełnienie całego przestworu miazgowego wprowadza się następnie kilka koniuszków papierowych nasyconych estrem krzemianowym i pokrytych warstwą żywiczną, poczem pokrywa się wyloty przewodów czapeczkami azbestowemi, nasyconemi roztworem żywicznym i wypełnia się resztę komory miazgowej cementem bez ucisku. Ester i rozczyn żywiczny ukazały się w handlu pod nazwą „Radisan".

St. Rozen.

O ŚWIDRACH. (Z. R. 5. 1927).

W. NOACK.

Autor zastanawia się nad przyczyną pogorszenia się jakości świdrów, które po dwukrotnem użyciu jest się zmuszonym odrzucać. Świdry fabrykuje się ręcznie i automatycznie. Jeszcze przed 15 laty fabrykowano świdry wyłącznie ręcznym sposobem, przyczem w roku 1914 zapłata za robotę 1 świdra wynosiła 4 fen ; ze względu na to, że koszta wynagrodzenia wzrosły mniej więcej o 30%, powinna była płaca za robotę 1 świdra wynosić 5,2 f.; jeśli dodać jeszcze inne koszta i 1 fen. na opakowanie i materjał, cena 1 świdra wyniesie fen. 9 t. z tyle, ile żaden fabrykant płacić nie może ze względu na konkurencję świdrów automatycznie wyrabianych; odbija się to oczywiście na pogorszeniu gatunku i wykonaniu, aczkolwiek materjał pozostaje ten sam. W lepszych warunkach fabrykuje się świdry maszynowo, lecz i tu ze względu na różnorodność maszyn, kontroli i t d. gatunki są różnorakie. Należy używać tylko najlepszych gatunków i nie kusić się taniemi cenami —

S Sokalski.

6-TY ZJAZD LEKARZY MIEJSKICH.

W sali posiedzeń magistratu odbyło się pierwsze posiedzenie komitetu ściślejszego VI zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich, który ma odbyć się w Łodzi w dniu 24 i 25 kwietnia r. b.

Na wniosek p. prezydenta M. Cynarskiego – postanowiono, ze względu na ogrom prac, jakich wymaga przygotowanie zjazdu, utworzyć stanowisko jeszcze jednego sekretarza, które zgodził się objąć dr. Mittelstaedt, zrzekając się zarazem godności wiceprezesa.

Następnie — na wniosek prezydenta, podzielono prace komitetu na 3 komisje, w skład których weszli:

Do komisji naukowej (ocena i klasyfikowanie nadsyłanych referatów i koreferatów, zapraszanie referentów, kontakt z zainteresowanemi instytucjami i prasą i t. p) dr. Gutentag, inż. Rodewald, dr. Skalski, inż. Skrzywan, dr. Starzyński i dr. Sterling. Do komisji tej postanowiono nadto zaprosić lekarzy — członków rady miejskiej — inspektora pracy inż. Wojtkiewicza, stow techników, stowarzyszenia inżynierów kotłowych oraz specjalistów w sprawach, które będą omawiane na zjeździe.

Do komisji mieszkaniowo-gospodarczej (pomieszczenia dla uczestników zjazdu ulgi kolejowe, sprawy finansowe zjazdu i t. p.) — prezydent M. Cynarski, ławnik Joel, naczelnik Kempner, dr. Mittelstaedt, nacz. Rosset i dyr. Zalewski.

Do komisji zwiedzania miasta (organizowanie zwiedzania wzorów pod względem higjenicznym prowadzonych fabryk, sanitarnych urządzeń miejskich, robót kanalizacyjnych, zapewnienie środków komunikacyjnych itd.) ławnik Joel, inż. Wagner i dyr Wolczyński.

W dalszym ciągu obrad ustalono główne wytyczne regulaminu obrad zjazdu, którego szczegółowe ułożenie powierzono komisji naukowej.

DOM LEKARZA I LEKARZA-DENTYSTY W CHICAGO.

W centrum Chicago, przy Wabash Avenue i Lake Street założono „Dom lekarza i dentysty”, koszta budowy wynoszą 4½ mil. dolarów „Dom” ten połączy wszystkich lekarzy i dentystów miasta i będzie centralnym punktem dla składów wyrobów medycznych i dentystycznych.

Budynek będzie miał 23 piętra. Sklepy i miejsca sprzedaży ulokowane będą na pierwszych 4 piętrach; na 5—6 p. dwupiętrowa sala wykładowa i posiedzeń wraz z głównem biurem każdego związku i stowarzyszenia; od 7 do 14 piętra składy materjałów i narzędzi medycznych i dentystycznych; od 14—22 p. lokale do zajęć praktycznych; najwyższe dwa piętra zarezerwowano, jako pomieszczenie na kluby, lokale stowarzyszeń, bibljoteki, księgarnie, jadłodajnie i t. p.

(Z. R. 10. 1927.)

5-TA WYSTAWA DENTYSTYCZNA W NIEMCZECH.

Związek fabrykantów materjałów i przyrządów dentystycznych w Niemczech urządził w dniu 18-21 marca r. b. V-tą wystawę, która mieści się

we wszystkich ubikacjach wystawowych ogrodu zoologicznego w Berlinie na przestrzeni 1.600 mtr. kw; jest to przegląd wszystkich dziedzin wytwórczości przemysłu dentystycznego. Przedmioty urządzenia wszelkiego rodzaju, materjały dla celów praktyki, artykuły z dziedziny pielęgnacji i higjeny jamy ustnej, ubiory, literatura fachowa, materjały do nauczania i t. d. Szczególnie ciekawe miały być wzory nowocześnie urządzonych pokojów operacyjnego i pracowni, również nowości jeszcze nieznane w handlu.

Reprezentowany jest specjalny dział wynalazków. Wystawy te urządzane są rok rocznie; w r. ub. odwiedzających było 10.000. Pierwsza wystawa zorganizowana została w r. 1922 z inicjatywy Fritza Zweilinga, przy czem ilość wystawców sięgała 29, w1924 powiększyła się do 39, 1925 – 79, 1926 – 99. Obecna wystawa mieści się w 8 halach i prześcignąć miała wszystkie poprzednie. Informacje: Berlin. S. O. 16 Engelufer 2.

(Dental Echo № 14.) *S.*

60-LECIE URODZIN WILHELMA DIEC'KA.

W dniu 12 stycznia r. b. prof. Wilhelm Dieck obchodził 60-lecie swych urodzin. Jubilat po ukończeniu szkoły realnej wstąpił na uniwersytet w Berlinie, który ukończył w r. 1887. W r. 1897 na zasadzie dysertacji p. t „Über den dentalen Ursprung der Prosopalgie" otrzymał tytuł dr. med Dieck posiada stopień dr. med dent., dr. of. science Philadelphia i jest prof. zwyczajnym; pracował pod kierownictwem Busch'a i był współpracownikiem Millera. Ilość prac jego jest ogromna i obejmuje anatomję, patologję i djagnostykę schorzeń zębowych, anatomję porównawczą szczęk, praktyczne leczenie zachowawcze, fotografję naukową (stosowanie promieni pozafiołkowych dla celów histologicznych), bakterjologję i t. d. Znana praca Dieck'a z r. 1911: „Anatomie und Patalogie der Zähne und Kiefer im Röntgenbilde" jest pierwszą propagandą na rzecz używania promieni roentg. do celów djagnostyki dentystycznej. Początkowo Dieck specjalnie poświęcił się studjom anatomicznym i wykazał tyle znajomości rzeczy, że przez Waldeyer'a został określony jako anatom wśród dentystów. Później następuje specjalizacja w roentgenologji. Ogromnem powodzeniem cieszą się kursy praktyczne, prowadzone przez jubilata. W. Dieck dużo czasu poświęca pracy społecznej i zawodowej i w tej ostatniej zajmował i zajmuje najzaszczytniejsze stanowiska. Imię jubilata jest znane nie tylko w Niemczech lecz i daleko poza granicami państwa, gdzie się urodził i pracuje dla dobra wiedzy i nauki dentystycznej.

(Z. R. 2. 1927, Cores. f. Z. № 1. 1927, Zeit. f. Stomatologie № 1. 1927). *S. S.*

† DR. FRANC HEINZE.

W dniu 14 stycznia 1927 zmarł nagle Dr. Franc Heinze, asystent Instytutu Dentystycznego przy uniwersytecie w Göttingen, młody a wielce obiecujący uczony.

Zmarły w ciągu czterech lat opublikował kilka prac, z których najważniejsze są: „Ueber Howesche Silberreduktionsmethode und Ihre Modifikationen, nebst experimentellen Untersuchungen"; „Arsenstudien. II Untersuchungen über den Verbleib des Arsens nach Arsenapplikation"; „Chemische und histologische Untersuchungen zur Wirkungsbreite des

Arsen"; „Experimentelle Studien zur Interdentalnekrose von Schleimhaut und Kieferknochen nach Arsenapplikation".

* * *

„ZĘBY A ZDROWIE"... PRZEZ RADJO W WARSZAWIE.

Lekarz-dentysta Piotr Klejn wygłosił w dniu 3 marca o godzine 7 minut 45 przez radjo w Warszawie odczyt pod tytułem: „Zęby a zdrowie".

* * *

STACJA ISKROWA KÖNIGSWUSTERHAUSEN.

Odczyty radjowe z dziedziny zębolecznictwa 26 marca r. b. godz. 6-6.30: Dr. Hans Sachs (Berlin): „Wpływ zaburzeń psychicznych na rozchwianie zębów".

9 kwietnia r. b. 6.30-7: Dr. Levy (Berlin): „Traktowanie chronicznych stanów zapalnych ozębnej i objawów następczych tychże zapomocą naświetlania radu oraz nowe metody traktowania dziąślaków".

23 kwietnia r. b. godz. 6.30-7: Dr. Lichtwarck (Hamburg): „Próchnica zębów — najwięcej rozpowszechniona plaga ludzkości — przestroga dla naszej młodzieży".

S.

W SPRAWIE III POLSKIEGO ZJAZDU NAUKOWEGO STOMATOLOGICZNEGO.

Sekcja Stomatologiczna XII Zjazdu lekarzy i przyrodników uchwaliła w lipcu roku 1925 wybrać stałą delegację, ażeby zapewnić ciągłość Naukowych Zjazdów Stomatologicznych. W skład tejże delegacji mieli wejść przedstawiciele katedr stomatologji (dentystyki) wzgl. ich zastępcy z prawem kooptacji.

Delegacja postanawia termin i miejsce następnego Zjazdu i nadaje charakter oraz powołuje Komitet organizacyjny Zjazdu w tem miejscu, w którem takowy się odbędzie.

Fundusz delegacji stałej Zjazdu Stomatologicznego polskiego tworzy się ze składek (w wysokości 5 zł.), złożonych przez każdego uczestnika Zjazdu naukowego Stomatologicznego (wzgl. sekcji Stomatologicznej) oraz dobrowolnych składek. W dyskusji podczas Zjazdu wyrażono życzenie, ażeby Zjazd odbył się za 2 lata t. j. w roku 1927 i to w Krakowie, o ile organizacja krakowska w porozumieniu z przedstawicielem katedry Stomatologicznej Uniw. Jagiellońskiego podejmie się zorganizowania Zjazdu, w przeciwnym razie w Poznaniu w porozumieniu z Tow lek.-dent. wielkopolskich.

Przewodniczący Stałej Delegacji Prof. Cieszyński, przystąpił w d. 1 listopada 1926 do prac przedwstępnych III Zjazdu Naukowego Stomatologicznego i zwrócił się do członków Stałej Delegacji z propozycjami, mającemi na celu doprowadzenie do zasadniczych uchwał Delegacji, odnoszących się do przyszłego Zjazdu. Wynikiem tych starań były uchwały zawarte w poniżej podanym protokóle.

PROTOKÓŁ

Posiedzenia Członków Warszawskich Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych, odbytego w dniu 7 listopada 1926 roku.

Obecni: Dyr. Wilga, Meissner, Czernecki, Zeńczak
Przewodniczący: Dyr. Wilga. Sekretarz: Zeńczak

1. Jako miejsce przyszłego Zjazdu stosownie do życzenia wyrażonego na Sekcji Stomatologicznej XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich określony został „Kraków".
2. Termin Zjazdu ustalono na okres „Wszystkich Świętych" 1927 r. z czasem trwania 3 dni.
3. Charakter Zjazdu uchwalono uważać jako czysto naukowy i bez urządzenia wystawy.
4. Należałoby ze strony Stałej Delegacji wysunąć po jednem zagadnieniu głównem z działów a) Chirurgji Stomatologicznej, b) Dentystyki zachowawczej, c) Protetyki, d) Ortodoncji.
   Tematy główne wraz z referentami i koreferentami w miarę możności określone zostaną w najbliższym czasie.
5. Pożądanem byłoby, ażeby Zjazdy na przyszłość tematy programowe określały przed zamknięciem Zjazdu.
6. Porozumienie się z członkami zamiejscowymi Stałej Delegacji uchwalono uskutecznić listownie, bez zwołania Zjazdu tychże.
7. Celem urządzenia Zjazdu uchwalono prosić Prof. Łepkowskiego jakoteż przewodniczącego Związku Stomatologów Krakowskich, by przyjęli na siebie obowiązek zorganizowania Zjazdu.
8. Porozumienie się w sprawach miejsca, terminu i charakteru Zjazdu z przewodniczącymi poszczególnych organizacji Stomatologów, względnie lekarzy-dentystów uważa się za zbędne, a koniecznym ich współudział w Komitecie Organizacyjnym Zjazdu.

Meissner (m. p.) Wł. Czernecki m. p. H. Wilga m. p.
M. Zeńczak m. p.

Protokół powyższy przesłał Prof Cieszyński na ręce przewodniczącego Związku Stomatologów i lekarzy-dentystów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej, Dra Wodnickiego oraz na ręce p. Prof Łepkowskiego z następującą adnotacją:

„Przyłączam się do powyższych uchwał i proszę także od siebie J. W. Pana Prof. Łepkowskiego i Związek Stamatologów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej o łaskawe zajęcie się zorganizowaniem Zjazdu".

Cieszyński m. p.

Związek Stomatologów i Lekarzy-Dentystów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej, Kraków, ul. Garncarska 19, przysłał na ręce Prof. Cieszyńskiego, przewodniczącego Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych, następujące pismo z dnia 23 listopada 1926 r:

„W odpowiedzi na pismo Stałej Delegacji Zjazdów Stomatol. z dnia 13 listopada 1926 r. w sprawie zorganizowania Zjazdu Stomatologicznego w r 1927 w Krakowie, mamy zaszczyt donieść w imieniu Związku Stomatologów w Krakowie, że Związek nasz zajmie się z całą gotowością zorganizowaniem tego Zjazdu w Krakowie łącznie z p. Prof Dr. Łepkowskim".

Za Związek Stomatologów i Lekarzy-Dentystów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej.

Dr. Podwiński m. p. *Sekretarz* — *Dr. Wodniecki m. p.* *Prezes*

Powyższy stan rzeczy podaje do wiadomości Kolegów, prosząc ażeby wcześniej przystąpili do przygotowania prac związanych z III Zjazdem Stomatologicznym w Polsce. Tematy programowe ogłosi Delegacja w następnym numerze „Polskiej Dentystyki".

Zarazem mam zaszczyt złożenia serdecznego podziękowania Związkowi Stomatologów i Lekarzy-Dentystów na obszarze Izby Lekarskiej Krakowskiej oraz Przedstawicielowi katedry Stomatologów przy Uniwersytecie Jagiellońskim, J W. Panu Prof. Łepkowskiemu, za gotowość zorganizowania Zjazdu.

Szanowne Zarządy organizacji Stomatologów i Lekarzy-Dentystów upraszam o łaskawą pomoc przy pracach organizacyjnych w myśl wskazówek, które otrzymają od organizacji Krakowskiej.

A. Cieszyński.

We Lwowie, w grudniu 1926 r. *Przewodniczący Stałej Delegacji Polskich Zjazdów naukowych Stomatologicznych*

Stała Delegacja Zjazdów Stomatologicznych uchwaliła po wspólnem porozumieniu następujące tematy główne na III Polski Zjazd Naukowy Stomatologiczny, mający się odbyć w pierwszych dniach listopada b. r. w Krakowie:

1 Najlepszy sposób wypełniania korzeni

Referent: Dr. Gelbard (Warszawa).
Koreferenci: Dr. Henryk Allerhand (Lwów) i Prof. Hilary Wilga (Warszawa).

2 Stan obecny leczenia ropowic.

Referent: Doc. Alfred Meissner (Warszawa)
Koreferent: Prof. Antoni Cieszyński (Lwów).

3. Zdejmowanie wycisków i ocena ich krytyczna.

Referent: Dr. Władysław Czernecki (Warszawa)
Koreferent: Dr. Marjan Zeńczak (Warszawa).

4. Temat:

Według uznania Komitetu organizacyjnego krakowskiego.

Poza głównemi tematami wygłoszony będzie szereg wykładów na tematy dowolne Zgłoszenia wykładów posyłać należy pod adresem Komitetu organizacyjnego Zjazdu Dr. Wodniecki, Kraków, Wielopole 6.

Wykład na temat główny nie powinien przekroczyć 45 minut; wykład na dowolny temat 20 minut.

A. Cieszyński.

We Lwowie, dnia 10 lutego 1927 r. *Przewodniczący Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych.*

(Pol. Dent. № 6. 1926 i № 1. 1927).

Z ODDZIAŁU ŁÓDZKIEGO ZWIĄZKU ZAWOD. LEKARZY-DENTYSTÓW w P. P.

W dniu 10 II. r. b odbyło się posiedzenie naukowe, na którem członek Oddziału dr. Lejchter wygłosił referat p. t.: „O wyjmowaniu zębów". Obecnych około 100 kolegów.

Na wstępie referent zaznaczył, że lekarz-dentysta powinien ograniczyć wyjmowanie zębów jako zabieg ad minimum. Bóle zębów spowodowane stanem zapalnym miazgi, ozębnej i nawet okostnej nie są wskazaniem do wyjęcia zęba, gdyż umiejętne zabiegi kliniczne, tak samo jak odcięcie wierzchołka przy torbielach, mogą na długie lata zachować zęby Szkoły Warszawska i Wiedeńska z dodatniemi wynikami stosują replantację. Bóle spowodowane wykłuwaniem się zęba mądrości również nie są wskazaniem do wyjęcia: excyzja nożami Pichlera lub zakrzyw. nożyczkami przyśpieszy i ułatwi proces wykłuwania się; przy obnażeniach szyjek zębowych, przy sprawch paradentalnych — stosowanie dewitalizacji, przyżegania szyjek azotanem srebra, hydrochynolem, dokładne usunięcie kamienia z pod dziąsła — wszystkie te zabiegi przyczynić się mogą do uniknięcia wyjęcia. Przy guzach (epulis) takowe jest wskazane — tak wypowiadają się szkoły niemiecka i austryjacka.

Są jednak wypadki, kiedy usunięcie zęba jest bezwzględnie wskazane. Zabieg ten nie wymaga obecnie specjalnego „mistrzostwa" dzięki środkom znieczulającym. Ogólne znieczulenie stosuje się rzadko, przeważnie krótkotrwałe, w formie odurzenia (Rausch) przez użycie bromku etylu, chlorku etylu i t. p. Omawiając sprawę znieczuleń miejscowych przewodowych, referent dzieli takowe na splotowe i pniowe, wspomina o nowokainie, kokainie, alipinie, psikainie. W Wiedniu stosują watę mucozydową prof. Kneuker'a przed zabiegiem znieczulenia miejscowego. U dzieci przez użycie mucosid-waty można nawet bez bólu usunąć ząb. Są to kuleczki z waty przepojone psikainą. Ku miejscu wkłucia igły przyciska się kuleczkę w ciągu 2 minut, wkłucie następuje bezboleśnie. W związku z samą techniką znieczulenia, referent omawia dość obszernie szczegóły anatomiczne, rodzaje strzykawek injekcyjnych, środki znieczulające, technikę znieczulenia przy wyjmowaniu poszczególnych zębów górnej i dolnej szczęki. Powodzenie zabiegu zależy od doświadczenia i umiejętnego wyboru instrumentów.

Przy frakturach doskonałe wyniki osiągamy za pomocą hebli Beina, Schlemmer'a i dźwigni Leclus'a (referent demonstruje wspomniane instrumenty). Za zakończenie zabiegu wyjęcia zęba należy uważać oczyszczenie zębodołu od ziarniny i odłamków przez wyłyżeczkowanie, wygładzenie brzegów kostnych najlepiej za pomocą kleszczy Lauera, założenia tamponu z gazy wyjałowionej na 15 - 20 minut. Nie należy stosować płukania, które utrudnia formowanie skrzepu.

Przechodząc do sprawy powikłań przy znieczuleniach podczas i po wyjęciu zębów referent wypowiada zdanie, że odurzenie rzadko się do takowych przyczynia, chyba u osobników chorych na histerję lub sercowo-chorych Przy miejscowem znieczuleniu może nastąpić omdlenie, które ustępuje przez wywoływanie przyśpieszonego krążenia krwi. Przy znieczuleniu w okolicy guzu szczękowego może nastąpić wbicie igły w naczynie. Powikłania podczas wyjmowania zębów-najczęściej fraktury, poza tem rozer-

wanie tkanek, odłamanie zębodołu, fraktura szczęki, odłamanie guzu szczękowego przy zębach 6 i 7 (w tych wypadkach — interwencja chirurga); otwarcie zatoki szczękowej, wbicie korzeni do jamy szczękowej (pomoc laryngologa).

Komplikacje poekstrakcyjne: krwawienie wskutek przyczyn miejscowych i ogólnych. Cierpiącym na krwawiączkę należy w ciągu 3 dni przed wyjęciem zęba robić zastrzyki chlorku wapnia lub podawać calcium lacticum, po wyjęciu tampon głęboko w zębodół na 24-48 godz. (striphnonum, stipticinum). Przyczyny krwawienia miejscowe: niewyłyżeczkowanie zębodołu, niewygładzenie brzegów, rzadko przekłucie naczynia (dolny 5) W tym ostatnim wypadku — tamponada, zagipsowanie zębodołu, korek kostny, zastrzykiwanie adrenaliny. Bóle poekstrakcyjne ustępują po wyłyżeczkowaniu zębodołu, wygładzeniu brzegów, rozpylaniu w zębodole w dużych ilościach ortoformu, cykloformu i t. d., stosowaniu żarówek, lampy Sollux, suchych okładów.

Niegojenie się rany spowodowane jest przeważnie ogólną chorobą: kiłą, cukrzycą. W tych wypadkach lekarz-dentysta przyczynia się do wykrycia choroby.

DYSKUSJA

Kolega Cenżar uważa, że aczkolwiek referat jest dobrze opracowany, jednak referent za dużo objął tematów, co utrudnia dyskusję. Przechodząc do sprawy wyjmowania zębów twierdzi, że niektórzy koledzy unikają nie słusznie tych zabiegów i radzi wprawiać się w wykonywaniu takowych, by w wypadkach poważnych nie przyczyniać się do niepotrzebnych komplikacji

Kol. Kalisz w sprawie dotyczącej epulis'ów jest odmiennego zdania, uważając, że takowe nie są wskazaniem do wyjęcia zęba. Warszawski Instytut Dentystyczny w tych wypadkach zębów nie usuwa, przeprowadza natomiast wyskrobywanie dziąślaka, plastyczne zeszycie; nawrotów niema.

Dr. Lejchter: Na zasadzie przypadków opisanych w literaturze, jak również z doświadczeń Kieferstation w Wiedniu — łagodne traktowanie dziąślaków daje nawroty, co można udowodnić statystyką.

Kol. Zalcwasser zwraca uwagę na potrzebę odkażania pola operacyjnego i na złamanie igieł podczas wykonywania znieczulenia.

Kol. Sokalski nie zgadza się ze zdaniem referenta, który twierdzi, że przypadki złamania igieł są rzadkie. Prof. Cieszyński, który pierwszy wprowadził znieczulenie przewodowe w Bawarji i propagował sposób ten na zjazdach w Niemczech i Polsce, wskazuje na wielką stosunkowo ilość złamań igły. Jest to komplikacja bardzo przykra, i aczkolwiek system Fischer'a został przyjęty przez świat dentystyczny, dość często słyszymy narzekania na wady tegoż. Złamanie igły jest jednym z najważniejszych powodów unikania przez ogół kolegów stosowania znieczulenia przewodowego. Sposób Fischer'a starają się zmodyfikować, by udostępnić i ułatwić zabieg ten. Należy zainteresować się metodą Kapper'a i ustalić praktyczną wartość takowej.

Kol. Zalcwasser opisuje własny przypadek złamania igły i sposób zastosowany przez niego celem wyjęcia tejże.

Żytnicka-Kahanowa.

Komitet dla uczczenia pamięci zmarłego lekarza-dentysty Jakóba Haberfelda odbył posiedzenie plenarne pod przewodnictwem kol. A. Cenżara. Wpłynęły wnioski o ufundowaniu kapitału zalążkowego, stipendium dla studenta P. I. D, o zebraniu jednorazowej ofiary na rzecz „Funduszu Pośmiertnego“, o założeniu przychodni dentystycznej, o utworzeniu bibljoteki im. Zmarłego, o zbiórce celem złożenia daru z ramienia Komitetu do wymienionej bibljoteki, o zawieszeniu portretu Zmarłego na sali posiedzeń Oddziału. Wszytkie wnioski, oprócz dwuch, zostały cofnięte przez wnioskodawców. Natomiast jednogłośnie przyjęto projekt kol. Rakiszskiego o utworzeniu bibljoteki im. Zmarłego, która zestawiona zostanie z księgozbioru b. p. Jakóba Haberfelda (zaofiarowała wdowa kol Haberfeldowa), bibljoteki Łódzkiego Towarzystwa Odontologicznego i Łódzkiego Oddziału Zw. Zaw. Lek. Dent. w P. P., jako „Bibljoteka imienia lek. dent. Jakóba Haberfelda przy Ł. O. Zw. Zaw. L.-D w P. P.“ Na wniosek kol. Cenżara uchwalono zawiesić portret Zmarłego na sali posiedzeń Oddziału. Posiedzenie żałobne wyznaczone zostało na dzień 10 marca.

S. S.

* * *

Posiedzenie żałobne ku czci b. p. Jakóba Haberfelda odbyło się w dniu 10 marca r. b.

Przewodniczący kol. Sokalski komunikuje obecnym o zgonie kol. Haberfelda i proponuje uczcić pamięć Zmarłego przez powstanie. W krótkich słowach mówi o wielkiej stracie, jaką poniosło społeczeństwo, dentystyka i korporacja. Zarząd łącznie ze starszymi kolegami i współpracownikami Zmarłego utworzył Komitet uczczenia b. p. J. Haberfelda. Uchwalono zawiesić portret Jego na sali posiedzeń i utworzyć bibliotekę Jego imienia przy Łódzkim Oddziale.

Walne Zebranie jednogłośnie przyjmuje powyższe wnioski.

W pięknem i treściwem przemówieniu kol. Rakiszski kreśli duchową sylwetkę zmarłego kolegi J. Haberfelda. Człowiek o dobrym, mocnym i wytrwałym charakterze, umiał zdobyć stanowisko, zaskarbić sobie ogólne uznanie, sympatję i szacunek, potrafił kilkadziesiąt lat temu zjednoczyć kolegów, którzy w owych czasach byli tylko wrogimi konkurentami, umiał z każdym współczuwać, okazując pomoc słowami i czynem. Nie tylko wdowa odczuwa tę bolesną stratę, lecz i wszyscy koledzy.

Kol. Litwin z wielkiem wzruszeniem mówi o Zmarłym. Był to człowiek, który łączył w sobie wszelkie cnoty obywatelskie i koleżeńskie. „Za wszystko, coś dla nas zdziałał, serdeczne dzięki”, mówi kol. Litwin po zapoznaniu obecnych z rolą kol. Haberfelda w życiu i rozwoju naszej korporacji i etyki koleżeńskiej Proponuje nazwać tworzącą się Kasę Wzajemnej Pomocy imieniem b. p. Jakóba Haberfelda.

Kol. Szwarc w swem wzruszającem przemówieniu mówi o wielkich zaletach Zmarłego, w mocnych barwach przedstawia zebranym obraz logiki, energji, szlachetności charakteru, wszystkich tych zalet, które nieodłącznie towarzyszyły Zmarłemu. Mówca specjalną uwagę zwraca na erudycję naukową kol Haberfelda, wspomina o Jego wielkich zasługach w dziele tworzenia Łódzkiego Oddziału. „Dałeś nam piękny owoc”, mówi kol Szwarc: „wierzę, że następcy twoi będą takowy należycie pielęgnować!”. Tradycyjnym wyrazem: „wybacz mi!”, kończy swoje przemówienie.

Przewodniczący w imieniu Zarządu Oddziału i wszystkich zebranych wyraża obecnej na posiedzeniu wdowie po Zmarłym koleżance Haberfeldowej spółczucie i życzy wytrwałości w ciężkiej Jej sytuacji. Po odczytaniu pisma kondolencyjnego Oddziału w Częstochowie, posiedzenie zostało zamknięte.

Żytnicka-Kahanowa

KOMUNIKAT.

Biuro pracy przy Łódzk. Oddz. Zw. Zaw. L. D. w P. P. komunikuje, że w Łodzi jest do objęcia na dłuższy okres czasu praktyka prywatna i udział w lecznicy, stanowiące własność jednej osoby, na warunkach wynagrodzenia procentowego. Wiadomość u lek dent. T.Babada, Łódź, Nawrot 1a

Biuro pracy przyjmuje wszelkie zgłoszenia w sprawie podaży i zapotrzebowania pracy w naszym zawodzie i udziela odpowiednich informacji pod adresem wyżej wspomnianym.

SPROSTOWANIE.

Do art. p. t.: „Uwagi o amerykańskim szybkim sposobie wyjaławiania podług Flaherty'ego" Fritza Siburga (spolszczyła Rzędowska), zamieszczonego w № 1—2. 1927. „Echa Dentystycznegc" wkradły się następujące omyłki, które niniejszym prostujemy.

Na str. 10 w wierszach 19 - 20 winno być: „w formie zamykającej się hermetycznie rury sterylizacyjnej". Na str. 10 w wierszu 22 winno być: „do parnika".

Redaktor S. Sokalski.

Już niema bólu

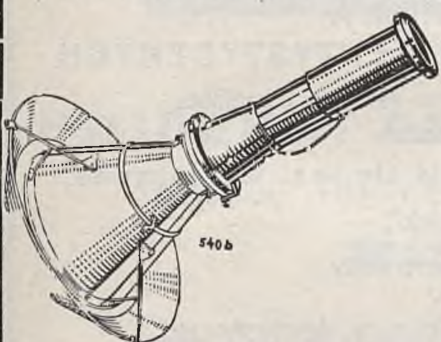
przy stanach zapalnych nerwu trójdzielnego, trudnem wykłuwaniu się zębów, przy t. zw. szczękościsku, zapaleniu dziąseł, śluzówki jamy ustnej, zapaleniu ozębnej i okostnej (obrzęki). Szybkie ustąpienie objawów niedokrwienia, wywołanych działaniem suprareniny.

Wpływ uśmierzający na ból

po ciężkich wyjęciach zębów, odcięciu wierzchołka, wyłuszczeniu torbieli, replantacjach, wyłeżeczkowaniu, dłutowaniu szczęki i doszczętnem wyłuszczeniu podług Neumann'a

SĄ TO ZNANE TEURAPENTYCZNE SKUTKI DZIAŁANIA

SOLLUX-LAMPY – „ORIGINAL HANAU"



Efekt działania Lampy-Sollux znacznie potęguje

RURA USTALAJĄCA
(Localisations-Tubus)
PODŁUG D-ra KIEFFER'A, STRASSBURG

nadająca się do każdej małej lub dużej SOLLUX-LAMPY.

Najważniejszą zaletą rury ustalającej jest łatwość stopniowania odległości naświetlania, co umożliwia dokładne dawkowanie działania przekrwienia. Odpada niewygodna i uciążliwa ochrona oczu.

Rura ustalająca może — w przeciwieństwie do Sollux-Lampy bez rury — być wyciągnięta na całą długość, tak, że pierścień korkowy reflektora może ściśle przylegać do skóry.

DRUKI BEZPŁATNIE

QUARZLAMPEN-GESELLSCHAFT
HANAU *M. B. H.* *POSTFACH 1044*



ŚWIDERKI DENTYSTYCZNE

ODDAJĘ DO OSTRZENIA FIRMIE

WIESE

Świderki do № 8 naostrzone, nanowo pakowane i sortowane marek niem. 4.50 za 100 sztuk.

Przesyłki proszę nadsyłać przez składy dentystyczne lub wprost jako „próbki polecone".

G. C. WIESE

fabryka świderków dentystycznych

BERLIN-ZEHLENDORF



KORZYSTNE
i DOGODNE WARUNKI
W SKŁADZIE DENTYSTYCZNYM

CH. OGÓLNIK, ŁÓDŹ

ULICA PIOTRKOWSKA 23
TELEFON 23-73

POLECA:
WE WIELKIM WYBORZE WSZELKIE MATERJAŁY FIRM:

DE TREY'A, ASCH'A, S. S. WHITE'A WIENAND'A I INNYCH

NAJWIĘKSZY WYBÓR ZĘBÓW

SMITH'A COPPER CEMENT

CEMENT UNIWERSALNY, KTÓRY TAK SAMO SIĘ NADAJE DO UMOCOWANIA KORON, MOSTÓW i WKŁADEK LANYCH, JAK i DO WYPEŁNIEŃ, A W JAMIE USTNEJ NIE ZMIENIA BARWY



SMITH'A CERTIFIED ENAMEL

CEMENT KRZEMOWY, KTÓRY MOŻE BYĆ DOŚĆ POWOLNIE i ŚCIŚLE ZARABIANY, ABY OSIĄGNĄĆ CAŁKOWITĄ REAKCJĘ CHEMICZNĄ, CO W SKUTKACH DAJE NAJWIĘKSZE PRZYLEPIANIE i PRZEZROCZYSTOŚĆ A ZAPOBIEGA PODRAŻNIENIOM MIAZGI.

Żądać we wszystkich składach dentystycznych

DAVIS, SCHOTTLANDER & DAVIS, LONDON W1

Zastępstwo jeneralne na Polskę wyłącznie sprzedaży hurtowej:

ARTHUR SOMMERFELD, BERLIN C 2, SPANDAUERSTRASSE 40

OSTATNIE NOWOŚCI



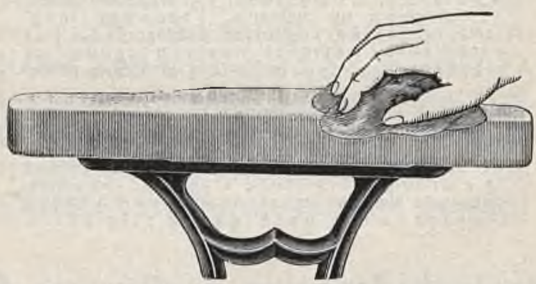
ASEPKO-PODGŁÓWEK

D. R. G. M.

Jedyny aseptyczny, dający się łatwo myć i zmieniać

PODGŁÓWEK
Z MLECZNO-BIAŁEGO CELULOIDU

Papiery ochronne zbyteczne!
Wycieranie płatkiem wystarcza do osiągnięcia aseptyki!



ASEPTAR-PODPÓRKI

D. R. G. M.

Z MLECZNO-BIAŁEGO CELULOIDU

Dają się łatwo myć, są czyste, aseptyczne, eleganckie.
Dają się umocować do każdego krzesła operacyjnego.
Wiele tysięcy w użyciu.
Liczne wyrazy uznania pierwszorzędnych powag.

Do nabycia we wszystkich lepszych składach dentystycznych!

ZAPOMOCĄ COPPER CEMENTU

ZRĘCZNIE i DOGODNIE

MOŻECIE WYKONYWAĆ WSZELKIE PRACE, WYMAGAJĄCE UŻYCIA CEMENTU

Wszystko jedno,

czy to skomplikowana wkładka lana,
czy osadzenie Jacket korony z porcelany przezroczystej,
czy wypełnienie celem zapobieżenia wpływom ciepłoty i reinfekcji,
czy wypełnienie zęba zagrożonego zniszczeniem,
czy wypełnienie długotrwałe.



SMITH'A COPPER CEMENT

ODPOWIADA WSZYSTKIM TYM ZADANIOM

Jest to jedyny cement, który łączy w sobie przylepianie, mocność, trwałość, działanie bakterjobójcze, nie zmieniając barwy

Żądać we wszystkich składach dentystycznych

Davis, Schottlander & Davis, London W. 1

Zastępstwo Jeneralne na Polskę wyłącznie sprzedaży hurtowej:

ARTHUR SOMMERFELD, BERLIN C. 2

SPANDAUERSTRASSE 40

FABRYKA MEBLI
DENTYSTYCZNO-LEKARSKICH

JULJUSZ BRAUN

TELEFON 8-55 **ŁÓDŹ** PIOTRKOWSKA 118

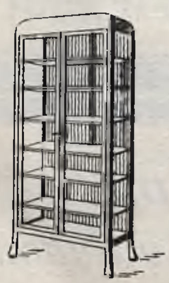


GABINETY DENTYSTYCZNE:

KRZESŁA zwyczajne i pompkowe
PRASY do kiwet
SZLIFIARKI
GŁÓWKI do szlifiarek
PODGŁÓWKI przenośne
WIERTARKI

APARATY:

Do gilz ciągnięcia
Do sztancowania koronek
WULKANIZATORY
KIWETY różnych wielkości
BIGLE do kiwet



MEBLE:

SZAFY i etażerki różnej wielkości
UMYWALKI
BIURKA, STOLIKI, KRZESŁA
ŚCIENNE PÓŁKI różnej wielkości
APTECZKI
STOLIKI „ALANA“ i inne
SPLUWACZKI „TUMBA“ i t. p.
MEBLE LEKARSKIE wszelkiego typu według własnych i nadesłanych rysunków i wzorów

GALWANIZACJA:

SREBRZENIE, NIKLOWANIE
MOSIĘDZOWANIE, MIEDZIOWANIE
wszelkich części

NAPRAWA:

Wszelkich maszyn i aparatów
DENTYSTYCZNO-LEKARSKICH

AUTOGENICZNE SPAJANIE

HAPEA-BENZYNOWY WYTWARZACZ GAZU № 93

Niezastąpiony i niezbędny tam,
gdzie niema gazu świetlnego.

Regulacja całego aparatu zapomocą jednej tylko dźwigni.

HAPEA



HAPEA-DENTAL-A.-G. DRESDEN-A.

JOHANNES BEHRENDT

BERLIN N. 24 :: ORANIENBURGSTR. 37

TELEFON NORDEN 47-95

POLECA:

Wszelkie instrumenty i przyrządy
w zakres chirurgji-lekarskiej wchodzące.
Urządzenia operacyjne oraz meble aseptyczne.
Ortopedja. Własna fabrykacja.

CENY PRZYSTĘPNE :: WARUNKI KORZYSTNE

